

ANNEE 1970

THESE

N^o

175

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Violette BOUYSSOU née MAILLOT

le 22 août 1938 à Breuil Le Vert (Oise)
Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le 16 mars 1970

**ETUDE DE LA PROPERICIAZINE
A HAUTES DOSES EN PSYCHIATRIE**

Président : Mr. PICHOT, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550208_0037

A votre Excellence, Monsieur,

Monsieur le Professeur FROST,

Professeur de Psychologie

Université de Toronto

En remerciant pour le très grand
honneur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de cette thèse.

Je vous prie d'agréer,

Aux miens,

A votre dévoué, Monsieur,

Robert de la Rivière, psychologue

de la thèse.

Qui a bien voulu accepter le sujet de
cette thèse, et dont l'aide précieuse
nous a été précieuse lors de sa
réalisation, nous sommes heureux de lui
exprimer notre fidèle et respectueux
attachement.

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur PICHOT,
Professeur de Psychologie.

En remerciement pour le très grand
honneur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur ROBERT,
Médecin des Hôpitaux psychiatriques
de la Seine,

Qui a bien voulu inspirer le sujet de
cette thèse, et dont l'aide bienveil-
lante nous a été précieuse lors de sa
réalisation, nous sommes heureux de lui
exprimer notre fidèle et respectueux
attachement.

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur FÉRET,
Professeur de Psychologie.

En reconnaissance pour la très grande
honneur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur ROBERT,
Médecin des Hôpitaux psychiatriques
de la Seine,

Qui a bien voulu insérer le sujet de
cette thèse, et dont l'aide précieuse
nous a été précieuse lors de sa
réalisation. Nous sommes heureux de lui
exprimer notre filiale et respectueux
attachement.



A mes Maîtres,

A Monsieur le Professeur Agrégé DELAY,

Titulaire de la Chaire de
Neuro-Psychiatrie,

Notre profonde admiration pour l'enseignement qu'il nous a octroyé.

En hommage respectueux.

A Monsieur le Professeur Agrégé DENIKER,

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance pour l'enseignement dont vous m'avez fait bénéficier au cours du stage d'externat dans votre service.

A Monsieur le Docteur Lucien LEVY,

Qu'il veuille bien trouver ici nos plus
vifs remerciements pour la façon très
amicale dont il nous a prodigué ses
conseils tout au long de ce travail.

A mes maîtres d'externat de Paris,

Monsieur le Professeur Agrégé SICARD,

Monsieur le Docteur BARBIZET,

Monsieur le Docteur MISÈS,

Monsieur le Docteur LESOBRE,

Monsieur le Docteur SIGWALD,

Monsieur le Professeur Agrégé DELAY,

Monsieur le Professeur Agrégé CASTEIGNE.

A mes maîtres d'internat des Hôpitaux
Psychiatriques de la Seine,

Monsieur le Docteur BOUQUEREL,

Monsieur le Docteur CARRERE,

En reconnaissance de la bienveillance
qu'il nous a témoignée au cours de notre
première année de psychiatrie,

Monsieur le Docteur ROBERT.

PLAN

I - INTRODUCTION

II - HISTORIQUE

III - ETUDE CHIMIQUE ET PHARMACOLOGIQUE

- 1) Structure chimique
- 2) Propriétés pharmacologiques

IV - CONDUITE DE LA CURE

- 1) Mode d'administration
- 2) Posologie
- 3) Durée de la cure
- 4) Surveillance
- 5) Tolérance - Phénomènes secondaires
- 6) Associations médicamenteuses

V - RESULTATS

- 1) Remarques préliminaires
- 2) Etude par syndromes - Schizophrénies
 - Délires chroniques
 - Démences séniles
 - Manie - Mélancolies
 - Débilité - Troubles du caractère
 - Dépression névrotique.

VI - MODE D'ACTION - CONCLUSIONS

VII - BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Il est intéressant de noter dans la littérature, l'histoire de l'emploi de la PROPERICIAZINE.

D'après sa constitution et ses caractères pharmacodynamiques elle fut d'abord essayée sur des psychoses chroniques, où son utilisation n'amena pas, à des doses moyennes de 50mg., d'améliorations évidentes, mais laissa apparaître son effet sur les troubles du caractère, l'impulsivité, l'agressivité, les impulsions clastiques, permettant une reprise de la vie relationnelle. Son emploi fut donc réservé à ce vaste domaine et elle fut considérée comme "le médicament de la sociabilité". Toutefois, son utilisation montra un certain nombre d'effets secondaires gênants, et les auteurs l'attribuèrent à une posologie excessive et maximale d'emblée (VOLMAT - LAMBERT).

Huit ans de recul nous ont permis de mieux prévoir les incidents à redouter, d'en apprécier la bénignité et d'y pallier d'emblée, en un mot de mieux connaître le maniement de la Propericiazine et de la comparer avec les effets secondaires des autres neuroleptiques.

°
° °

Un certain nombre de données nous ont amené à poser le problème de l'élargissement des indications de la propériciazine à fortes doses de 300 à 500 mg. Tout d'abord l'étude chimique et pharmacologique nous rassurait sur sa toxicité, voisine de celle de la chlorpromazine, et laissait une marge thérapeutique importante.

D'autre part, certains auteurs avaient signalé des résultats inattendus dans des schizophrénies anciennes avec apragmatisme et désintérêt, où apparaissaient une recherche de la communication avec le médecin et l'entourage.

Par ailleurs des travaux avaient été faits sur la névrose obsessionnelle avec des posologies allant jusqu'à 300 mg. entraînant des succès inespérés (LANFRANCHI).

Enfin l'exemple d'une augmentation de la posologie d'un psychotrope, la Fluphénazine, qui fut d'abord réservé aux névroses à la dose de quelques milligrammes par jour se révéla secondairement apporter à l'arsenal thérapeutique une action anti-psychotique remarquable, aux doses de 100 à 500 mg.

L'objet de notre étude va donc consister à essayer de dépasser le niveau symptomatique pour atteindre un remaniement plus profond et plus global de la personnalité.

Nous avons étudié son action sur une population de 58 femmes de 20 à 82 ans, comportant un échantillon varié de psychoses chroniques et aiguës, de syndromes dépressifs névrotiques, de débiles caractériels, sous surveillance médicale et biologique, ce qui nous a permis de dégager un certain nombre d'indications prépondérantes, et d'essayer d'envisager le mode d'action du produit. Les effets secondaires ne sont pas proportionnels aux doses employées et la connaissance des travaux antérieurs nous a permis de les prévenir et de mieux les traiter.

HISTORIQUE

Après les travaux de LABORIT en 1952 sur l'hibernation artificielle et l'anesthésie potentialisatrice, avec la Chlorpromazine, l'ère des neuroleptiques a fait son apparition avec l'utilisation de celle-ci en psychiatrie.

Depuis cette date, la découverte de nouveaux neuroleptiques a nécessité une classification et une individualisation par rapport aux hypnotiques et aux tranquillisants (DELAY - DENIKER).

En 1956, une nouvelle ligne de phénothiazines à chaîne pipérazinée va entraîner de nombreux changements dans les propriétés pharmacologiques et thérapeutiques.

La première en date étant la prochlorpromazine, la fréquence des accidents secondaires neurologiques va faire découvrir l'analogie avec les séquelles de l'encéphalite épidémique décrite par P. MARIE et Gabrielle LEVY. Ces effets latéraux seront répertoriés et on notera un parallélisme entre les manifestations secondaires neurologiques, et les effets psychiques. (DELAY - DENIKER - ROPERT).

Si les auteurs s'accordent pour reconnaître que les symptômes neurologiques caractérisent et identifient le groupe des neuroleptiques, toutefois l'unanimité n'est pas faite quant à leur action thérapeutique, certains considérant qu'il y a un parallélisme entre l'efficacité du médicament et l'importance des troubles neurologiques, d'autres estimant ces effets superflus et gênants.

Les signes d'intolérance ont été répertoriés selon le type du médicament, ils comportent :

- 1) Troubles neuro-psychiques
- 2) Troubles cardio-vasculaires et sanguins

- 3) Troubles de l'appareil digestif
- 4) Des accidents cutanés
- 5) Perturbations métaboliques et endocriniennes
- 6) Manifestations diverses.

Puis apparaît en 1962, la Propériciazine que l'on retrouve à gauche de la Chlorpromazine dans la classification de LAMBERT qui possède des indications particulières au point de vue chimique, pharmacologique et surtout clinique.

Rappel des différents travaux sur le Neuleptil

a) Chez l'adulte

CHANOIT - DESHAYES - MIGNOT écrivent que la Propériciazine est active dans les troubles caractériels des névroses, des déséquilibrés, des débiles et des épileptiques.

Ceci est repris la même année par DOUSSOT - LALLEMAND pour souligner l'absence d'effets anti-psychotique et anti-hallucinatoire.

En 1963 GERARDIN - POIRE - MARIOT étudient les effets de la Propériciazine sur l'électro-encéphalogramme et l'électro-cardiogramme. Ils soulignent la discrétion et la bénignité des modifications apportées par ce produit sur l'électro-cardiogramme, l'absence de modifications majeures de l'électrogénèse cérébrale de fond, et l'absence d'apparition sur les enregistrements de grapho-éléments considérés généralement comme pathologiques.

OULES insiste sur l'action élective de la propériciazine dans les troubles du comportement et du caractère chez les épileptiques.

VOLMAT constate que ce neuroleptique corrige les troubles liés à l'introversion et l'extraversion surtout, sans qu'on note une action sur les troubles dépressifs et hypochondriaques. Il remarque une influence favorable sur l'autisme des schizophrènes, dans les psychoses caractérielles, il a une bonne action sur la structure paranoïaque qu'il assouplit et neutralise.

BERTHIER - P. LAMBERT soulignent l'action anti-psychotique en général faible, mais intéressante dans certains cas, en dehors de son effet particulièrement net sur les troubles caractériels quelque en soit l'étiopathogénie organique ou psychique.

Au Congrès de Septembre 1964 l'expérimentation de LETAILLEUR - COLAS - GELLMAN a également exposé en dehors des indications habituelles son activité curatrice vis-à-vis des différentes psychoses. "La Propériciazine a une activité anti-psychotique non négligeable, elle peut faire sortir les schizophrènes de leur autisme".

En Septembre 1965

OULES et Madame CAZABON rapportent les résultats du médicament dans les réactions hystériques.

Le Neuleptil a permis un retour à la vie courante et un maintien de l'efficacité parallèle à la poursuite du traitement.

En Novembre 1965

OST-APTZEFF ont utilisé le Neuleptil associé au Largactil chez les psychotiques. Ils justifient les effets secondaires à type de somnolence et de passivité qui peuvent être "utilisés si on ne reste pas passif face au malade".

En 1967, MESTRALLET et LANG cherchent à poser avec précision les indications du Neuleptil.

En 1969, dans l'Encéphale, BROUSSOLLE fait le tour des indications classiques du Neuleptil pour mettre en évidence les autres indications données par JIANFRANCHI. Son travail sur les névroses obsessionnelles traitées à fortes doses apporte des éléments intéressants.

Pour lui le Neuleptil est "le psycholeptique spécifique des névroses obsessionnelles, il agit non seulement sur l'agressivité que le malade retourne contre lui-même, c'est-à-dire les instances répressives du sur-moi, mais aussi sur les pulsions primaires de l'érotisme sadique anal".

Il estime qu'il agirait moins bien chez les phobiques, nullement chez les hystériques.

Enfin que cette action anti-névrotique constitue le lien commun entre des indications allant du petit inquiet psychasthénique au délire chronique, aux troubles du caractère, aux délires chez des paranoïaques.

FELLICIER a utilisé le Neuleptil dans des épisodes névrotiques aigus où il s'est révélé capable de réduire des troubles thymiques, d'apporter un apaisement intellectuel, de "réduire le volume sémiologique à un niveau acceptable pour l'individu".

Le contrôle des affects avec sensation de détente et euphorie est suivi d'une meilleure appréciation des circonstances, avec prise de distance vis-à-vis d'elles.

b) Chez le vieillard

POMME - PLANCHE - et GIRARD étudient les premiers les troubles du caractère chez les vieillards dans la sénilité pathologique simple et chez l'artérioscléreux où ils recommandent d'employer des doses plus faibles, associées à l'Hydergine et aux analeptiques.

Les résultats observés paraissent supérieurs à ceux obtenus avec les autres neuroleptiques, ce que confirme la publication de DOMENACH et RIFFAT.

VILLA et NOURI améliorent le comportement de 25 vieillards sur 30 sans noter d'intolérance. Ils insistent sur la surveillance continuelle tant neurologique que cardio-vasculaire.

BECK remarque son action spectaculaire en gériatrie.

c) Chez l'enfant et l'adolescent

GAYRAL - ONLES - VOLMAT - DUCHE. Tous soulignent une facilitation du contact, une amélioration de l'approche éducative et de l'abord psychothérapique. Il s'agit d'arriérés profonds, d'épileptiques et de caractériels, tous apprécient la bonne tolérance du produit et sa maniabilité.

MISES écrit que le groupe des troubles du caractère et du comportement de l'enfant constitue un mode d'approche superficiel, il cherche à dégager la structure psycho-pathologique sous-jacente et élargit les indications du produit à des entités qui ne comportent pas forcément au premier plan de troubles du comportement.

Donc de cet historique vont se dégager deux tendances.

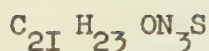
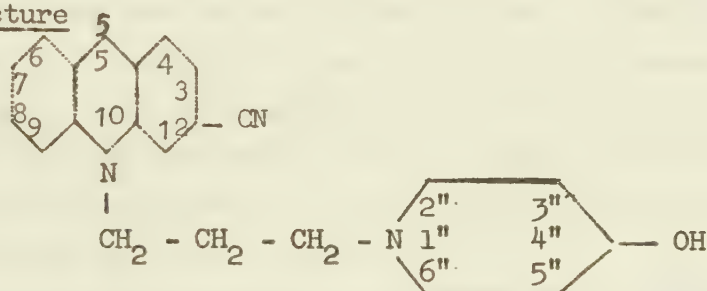
La première où tous les auteurs ont utilisé la propéridazine sur les manifestations caractérielles sans tenir compte de structure sous-jacente. Enfin, la seconde depuis quelques années, pressentie par certains auteurs, où les indications, grâce à la modification de la posologie, ont pu être élargies. Le champ d'application du produit pourra s'étendre au noyau athymormique du schizophrène, au délire de revendication des paranoïaques, jusqu'aux névroses obsessionnelles.

ETUDE CHIMIQUE ET PHARMACOLOGIQUE

I - ETUDE CHIMIQUE

La Propériciazine est la cyano-₂ (Hydroxy-4 "piperidino) -3'propyl -10 Phénothiazine, commercialisée en France sous l'appellation de "Neuleptil".

1 - Structure



P.M = 365,5

Par rapport aux autres phénothiazines substituées existant dans l'arsenal thérapeutique français, cette substance est doublement originale : c'est en effet le seul dérivé où un groupement cyané est fixé en (2) et l'un des deux seuls produits qui possèdent un noyau pipéridine dans la chaîne latérale en (10).

L'examen de la formule développée de la propériciazine montre aussi la présence dans le radical fixé en (10) de trois chaînons hydrocarbonés entre l'azote phénothiazinique et l'azote de la chaîne (ici azote pipéridinique) ; cet enchaînement à trois atomes de carbone (au minimum) est nécessaire pour que la molécule ait des propriétés neuroleptiques.

Enfin l'existence d'un groupement -OH laisse prévoir la formation d'esters et il n'est pas impossible que l'on aboutisse, sous l'action d'acides aliphatiques à longue chaîne, à la création d'esters de propériciazine à activité "retard", comme c'est le cas pour certains esters (Oenanthate et décanoate) déjà obtenus avec la fluphénazine ("Moditen" ND;)

2 - Caractères

La propériciazine base se présente sous l'aspect d'une poudre cristalline jaune insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'éther, soluble dans de nombreux solvants organiques. Ses sels, par contre, sont solubles dans l'eau.

En solution aqueuse la base est précipitée de ses sels par les agents alcalins.

La substance possède un spectre caractéristique dans l'ultra-violet et dans l'infra-rouge ; son spectre de résonance magnétique nucléaire permet de préciser sa structure.

Elle réagit avec les réactifs généraux des alcaloïdes.

Comme les autres phénothiazines substituées, la propériciazine est sensible à l'action de la lumière et à celle des réactifs oxydants. Les produits susceptibles de se former par oxydation peuvent être divisés en deux groupes :

- d'une part des composés incolores, parmi lesquels on pourrait mettre en évidence des phénols du type thionol, le sulfoxyde, éventuellement la sulfone ou encore le N-oxyde,
- d'autre part des composés colorés (rouges ou violets), où l'on pourrait déceler un cation paraquinonique du type phénothiazone, un radical libre stable en milieu acide, un cation orthoquinonique bivalent du type phénazothionium stable en milieu rigoureusement anhydre, etc...

II - PHARMACOLOGIE

Etude toxicologique :

- La détermination de la toxicité aiguë chez la souris a été faite par voie intra-péritonéale et sous-cutanée.

La propériciazine fait preuve d'une toxicité voisine de celle de la chlorpromazine.

DL_{50} = 50 mg./Kg. par voie I.V. pour chlorpromazine
un peu supérieure pour propériciazine

DL_{50} = 75 mg./Kg. per-os pour chlorpromazine
un peu plus faible pour propériciazine.

- La toxicité chronique a été étudiée chez le rat et le chien à des doses variant de 1,25 à 10 mg./Kg. per-os pendant un mois. La propériciazine se montre très bien tolérée.

- Quant aux examens macroscopiques et microscopiques des divers organes, ils ne montrent pas de modifications significatives.

- Les examens biologiques, hématologiques sont demeurés normaux.

- En outre, d'après les essais effectués sur la lapine gestante le médicament n'aurait aucune action tératogène.

1- Action sur le système ortho-sympathique

La propériciazine possède un pouvoir adrénolytique voisin de celui de la chlorpromazine. Elle inverse l'hypertension adrénalinique pour une dose de 1 mg./Kg. intra-veineuse chez le chien.

Dans l'intoxication adrénalinique aiguë, la propériciazine dosée à 1 mg./Kg. intra-veineuse protège la souris contre 12 doses 50% toxiques, alors la chlorpromazine la protège seulement contre 6.

Après occlusion des carotides, la propériciazine réduit de 68% l'hypertension neurogène, alors que la chlorpromazine l'annule.

L'hypertension noradrénalinique est fort réduite, comme par la chlorpromazine.

2- Action sur le système para-sympathique

L'hypotension provoquée chez le chien par l'excitation du pneumogastrique dans sa partie périphérique est annulée par la propériciazine.

L'hypotension due à l'ingestion de 0,01 à 0,05 mg./Kg. intra-veineuse d'acétyl-choline est diminuée de 50% par la propériciazine à la dose de 0,5mg./Kg. par voie veineuse.

La propériciazine est donc para-sympathicolytique, alors que la chlorpromazine ne l'est pas.

3- Action cardio-vasculaire

Action semblable à celle de la chlorpromazine. A doses égales les deux neuroleptiques ont les mêmes propriétés hypotensives, et donnent chez le chien sous chloral, une tachycardie passagère sans anomalie du tracé électrocardiographique.

Nous allons passer en revue les divers tests de détermination de l'action neuroplégique. Le groupe des neuroleptiques comprend des propriétés pharmacologiques propres que la propériciazine possède à des degrés divers.

4- Tests témoignant de l'activité sédatrice

- Le test de Winter-Flataker chez la souris, consiste à déterminer la dose du produit qui permet d'abaisser de 50% l'activité spontanée de la souris.

- Le test de la traction consiste à mettre la souris suspendue par les pattes antérieures à un fil horizontal. Elle effectue un rétablissement d'au moins une patte postérieure en moins de cinq secondes.

Sous l'effet des phénothiazines, la réponse est retardée ou impossible.

(BOISSIER)

- Le test du réflexe conditionné - chez le rat

Méthode utilisée depuis Pavlov. Il s'agit de réactions d'évitement de la douleur (choc électrique), soit de réactions de récompenses.

Des rats affamés sont dressés à presser, à un signal, un levier qui libère un aliment.

La suppression du conditionnement est obtenue avec les neuroleptiques.

Dans ces trois tests, la propériciazine est 2 à 10 fois plus active que la chlorpromazine.

5- L'action cataleptisante de la propériciazine est modeste : un peu plus élevée que celle du largactil, mais bien moindre que celle de la thiopropérazine.

6- Quant à l'action protectrice vis-à-vis des vomissements dus à l'apomorphine chez les chiens, elle est 17 fois supérieure à celle de la chlorpromazine.

7- La détermination de l'action potentialisatrice de l'activité hypnotique d'un barbiturique, est le test qui indique l'activité sédatrice du produit.

(Potentialisation de la narcose barbiturique, de la narcose à l'éther, de l'analgésie à la morphine).

Elle a une activité dix fois plus élevée que la chlorpromazine.

Son activité hypothermisante est deux fois plus forte.

Son action anti-sérotonique nette, quatre fois supérieure à celle de la chlorpromazine, une action antalgique voisine de celle de levomépromazine.

Ses activités spasmolytique et anti-histaminiques sont nulles.

°

° °

CONDUITE DE LA CURE

Les grandes lignes d'action de la propériciazine étant fort connues, ce neuroleptique étant employé dans des indications bien précises, telles que les troubles du caractère et du comportement, quelles qu'en soit leur étiologie, nous avons été amenés à l'employer chez les psychotiques, où nous pensions qu'il pouvait apporter un changement dans le sens d'une atténuation des réactions agressives et une ouverture plus grande sur le monde. Sachant l'excellente tolérance du Neuleptil, nous avons utilisé une posologie nettement plus élevée que d'habitude, où son action a dépassé l'effet symptomatique habituel pour donner des transformations assez spectaculaires.

L'expérimentation fondée sur l'analyse de 58 cas dont 37 cas de psychotiques suivis pendant une durée de 2 à 8 mois, confirme dans l'ensemble l'action favorable du médicament, sur une population de femmes âgées de 20 à 82 ans.

1 - Mode d'administration

La voie orale a été la seule utilisée, uniquement sous forme de gouttes. Dans aucun cas, nous n'avons eu à recourir à la voie parentérale.

Etant donné l'importance des doses, il n'était pas possible de donner des comprimés trop faiblement dosés. (Soluté buvable - 1 goutte = 1 mg. Solution à 4% - Soluté à 1 %. Les capsules sont dosées à 10 mg. et 5 mg.)

2 - Posologie

Nous avons cherché dans la mesure du possible, connaissant la marge thérapeutique suffisante, à améliorer l'état du malade sans adjonction si possible d'autres neuroleptiques, aux prix de doses inusitées jusqu'alors.

Sur 37 psychotiques : 25 n'ont reçu qu'un neuroleptique, le Neuleptil.

L'augmentation a été régulière et prudente. Dans les premiers cas étudiés, nous avons augmenté de 30 gouttes par jour tous les deux jours pour tâter la susceptibilité des patients.

Dans un second temps nous avons pu augmenter de 50 gouttes tous les deux jours, puis tous les jours.

Nous avons observé un palier à 300 gouttes, nous réservant d'atteindre une dose de 500 gouttes si l'amélioration n'était pas suffisante, que l'on maintiendra plusieurs semaines selon les résultats cliniques.

Cette notion de paliers successifs (l'un vers 300 mg., l'autre vers 500 mg.) entraînant chacun un degré d'amélioration différent nous est apparue chez les malades atteintes de psychoses chroniques, hospitalisées de longue date, et ayant reçu antérieurement des doses importantes de neuroleptiques.

Par contre, dans des cas plus récents et plus aigus traités pour la première fois depuis leur hospitalisation, les effets cliniques positifs ont été atteints entre 150 et 300 mg. Si à cette dernière dose, aucun effet positif n'est apparu, l'augmentation de la posologie au-delà de ses chiffres n'a pas été plus efficace.

3 - Durée de la cure

En dehors de 3 cas où nous avons dû interrompre le traitement mal toléré :

- 2 cas de démences séniles (apparition de somnolence, de gâtisme à 40 mg. chez l'une - à 300 mg. chez l'autre.
- 1 cas de schizophrénie ancienne chez une femme de 82 ans, somnolence et gâtisme dès 40 mg.

La durée de l'étude a varié entre 2 et 8 mois.

Les doses d'entretien varient de 50 à 200 mg. selon la sémiologie.

4 - Surveillance

Chaque malade a été vu chaque jour par le médecin et le personnel infirmier. Des réunions hebdomadaires ont permis d'avoir un avis d'ensemble de l'équipe et d'évaluer les résultats de manière plus objective, en tenant compte de la réticence du personnel soignant, inquiet, et enclin à attribuer des effets erronés au traitement, qu'avec l'habitude on n'a plus observé ensuite.

Les effets neuro-végétatifs ont été consignés sur des courbes vérifiées matin et soir avec prise du pouls, de la tension artérielle, de la température.

Des examens biologiques comportant :

Numération et formule sanguine, urée, glycémie

Tests hépatiques ont été faits chez un certain nombre de malades, avant, pendant et après traitement.

Les résultats des examens ne nous ont montré aucune modification significative.

- tout au plus une éosinophilie chez deux malades
- une lymphocytose chez deux autres.

L'électro-cardiogramme a été contrôlé en début et en fin de traitement, ainsi que l'électro-encéphalogramme dans un certain nombre de cas.

5 - Tolérance - Phénomènes secondaires

Il est utile de bien décrire les phénomènes secondaires qui ne manquent pas de se produire à hautes doses avec le Neuleptil, afin de souligner la bénignité des accidents et surtout leur résolution spontanée dans la plupart des cas, en une à deux semaines, même lors du maintien des mêmes doses.

- 20 cas sur 58 ont nécessité des vaso-presseurs
- 17 cas sur 58 ont nécessité des antiparkinsonniens
- 15 cas sur 58 ont nécessité des hypnotiques.

Le pourcentage d'effets secondaires à corriger ne paraît pas supérieur à celui qui est admis pour des posologies de 30 à 90 mg.

Il est intéressant de noter l'absence d'effets gastro-intestinaux, si ce n'est une constipation assez fréquente, mais la plupart du temps apparaissant chez des sujets prédisposés, et rapidement résolue par des cholagogues.

- 6 cas sur 58.

La sécheresse de la bouche assez souvent remarquée cède vite en 1 semaine

- 16 cas sur 58 observations.

On ne note aucun trouble cutané, aucune modification des fonctions hépatiques et rénales après une imprégnation de 6 mois.

Deux symptômes dominent par leur fréquence

- Les effets neuro-végétatifs 22 cas sur 58 observations
- Les effets neurologiques 20 cas sur 58 observations
surtout la somnolence 20 cas sur 58 observations.

a) Effets neuro-végétatifs

L'action sur la pression artérielle, sensible les premiers jours atteint 1 à 2 cm. de Mercure.

Cette légère baisse tensionnelle va de pair avec une instabilité du pouls.

Dans 22 cas, nous avons noté des signes fonctionnels d'hypotension (à type de malaises, vertiges, lipothymies) rapidement corrigés par un vaso-constricteur oral, type néosynéphrine.

Cet effet hypotenseur est net la première semaine, lorsqu'on dépasse 100 mg, il n'est pas proportionnel à la posologie. Il a tendance à se résoudre spontanément au-delà de la première semaine.

Nous avons constaté 2 cas de syncope lors d'un lever rapide, le passage du décubitus à l'orthostatisme ayant été trop rapide.

Il n'a jamais été constaté de collapsus.

b) Effets hypnotiques

Son action hypnotique l'apparente aux neuroleptiques de type chlorpromazine (Somnolence dans 20 cas sur 58).

La somnolence est bien supportée si on permet une sieste de quelques heures à la malade, elle permet toutefois des entretiens mais rapidement la patiente retombe dans son "sommeil à éclipses" lorsqu'elle n'est plus stimulée.

Cet effet sédatif dure entre 1 à 2 semaines environ.

Le "syndrome d'imprégnation neuroleptique" a été net dans 11 cas :

- avec lassitude, sensation de fatigue, ralentissement idéo-moteur. Les gestes fins sont gênés. La mimique est figée, sans expression. Ils sont plus désagréablement vécus chez les névrosés.

c) Effets neurologiques - 20 cas sur 58 cas

Ils apparaissent après quelques jours de traitement. Leur intensité n'est pas proportionnelle aux doses de Neuleptil reçues.

Certains malades ne ressentent aucun effet secondaire avec une posologie de 500 mg., d'autres sont très mal à l'aise avec 60 mg.

Les anti-parkinsonniens les font disparaître en quelques jours.

Nous avons noté :

- Une akinésie sans hypertonie dans 13 cas avec une amimie, rareté des gestes, mouvements ralentis.
 - Une hypertonie s'est installée suivant l'akinésie dans 8 cas avec perte du ballant, conservation des réflexes de posture, roue dentée.
 - Syndrome excito-moteur
 - 3 cas de contracture des masseters, dont 1 cas avec crise de torticollis spasmodique et nuque raide.
- L'un des trois cas, chez une schizophrène délirante où l'amélioration a été spectaculaire, après l'apparition de ces troubles.
- 8 cas de syndrome hyperkineto-hypertonique
- Les malades présentant des impatiences sans aller jusqu'à la tasi-kinésie. 1 malade a présenté une akathisie en début de traitement.
- 4 cas de tremblements sont visibles à prédominance distale, assez lent, difficilement réductible par les antiparkinsonniens.

L'école de DELAY affirme "que tous les corps doués d'activité neuroleptique vraie" entraînent aux doses utiles et au terme d'une certaine durée de traitement un syndrome akineto-hypertonique plus ou moins franc (Conté).

Hormis un cas particulièrement évident où le décrochement s'est fait quelques jours après l'accès excito-moteur, avec amélioration spectaculaire, nous avons observé 7 cas sans aucun effet secondaire neurologique avec une amélioration symptomatique nette.

Il est assez remarquable de signaler que le maximum des effets neurologiques, comme des autres effets secondaires, n'est pas proportionnel à la posologie utilisée et survient généralement dans la première semaine de traitement, à des doses comprises entre 150 et 300 mg. quotidiens.

d) Autres effets secondaires

- Troubles visuels

Sensation de points blancs dans le champ visuel.

Diplopie sans paralysie des muscles oculaires, ni modifications de la pupille.

Ils se sont atténués peu à peu sans modification de la thérapeutique.

On peut se demander d'ailleurs, si les antiparkinsonniens prescrits en même temps, n'intervenaient pas dans ce symptôme.

- Galactorrhée

On note 1 cas pour une dose de 500 mg., chez une schizophrène ayant reçu antérieurement des grosses doses de neuroleptiques sédatifs.

- Périphlébite

1 cas chez une femme de 50 ans sans antécédent similaire.

- 2 cas de pâleur, avec bouffissure du visage, plis naso-géniens effacés sans hyperthermie. Les examens complémentaires étaient normaux. Ce symptôme a disparu spontanément sans cesser le traitement à 500 mg.

Un cas identique a été décrit dans la littérature par GRANT B et Jonks C.M. (Proc. Leeds Symp. Behav - disorders - 1965).

- Insomnie

2 cas dont 1'une avec agitation psycho-motrice le soir.

6 - Associations médicamenteuses

Dans tous les cas aigus, lors de l'entrée des malades, la propericiazine a été administrée seule (35 cas sur 58) afin de permettre une appréciation exacte de ses effets.

Chez certains malades chroniques, nous avons dû adjoindre des butyrophénones pour que la réduction de certains symptômes soit plus rapide, et l'action de la propericiazine paraît moins spectaculaire.

Dans 19 cas, l'addition d'un vaso-constricteur a été nécessaire pour le confort du malade, mais non systématique (néosynéphrine).

Dans 15 cas un hypnotique a été distribué.

Nous avons ajouté des antiparkinsonniens dans 17 cas lorsqu'est apparu un syndrome neurologique le justifiant.

DELIRES CHRONIQUES

P DEMENCES
SENILES

BOUFFEES
DELIRANTES

N° des observations	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	TOTAL	22	37	38	TOTAL	35	36	TOTAL
EFFETS SECONDAIRES				(+)									1					(+)	(+)	1
EFFETS NEUROLOGIQUES																				1
AKINESIE SIMPLE																				1
HYPERTONIE																				1
Accident excito-moteur						(+)			(+)				2							1
Sd Hyperkinéto-hyper-tonique						(+)							1							1
Tremblements						(+)														1
EFFETS NEURO-VEGETATIFS													4							1
Secheresse de la bouche			(+)	(+)		(+)	(+)							(+)				(+)	(+)	1
Constipation													2	(+)						1
autres troubles digest.																				
Troubles oculaires																				
Troubles cutanés																				
EFFETS CARDIO-VASCULAIRES																				
Subjectifs (Palpitations, vertiges...)			(+)	(+)		(+)	(+)				(+)		5	(+)				(+)		1
T.A.													5							1
Pouls																				
DIVERS													2							1
Somnolence				(+)														(+)		
Insomnie																				
Pâleur																				
Phlébite																				

13 cas où le Neuleptil est employé seul.

SCHIZOPHRENIE

N° des Observations Produits associés	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	TOTAL
NEUROLEPTIQUES			(+)			(+)																2
ANTI-HALLUCINATOIRES													(+)		(+)		(+)					3
ANXIOLYTIQUES													(+)	(+)	(+)			(+)				3
ANTI-DEPRESSEURS	(+)										(+)											2
HYPNOTIQUES	(+)		(+)						(+)			(+)										4
ANTI-PARKINSONNIENS				(+)	(+)			(+)	(+)	(+)	(+)		(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)			(+)	13
VASO-CONSTRICTEURS	(+)		(+)	(+)				(+)	(+)	(+)	(+)			(+)		(+)	(+)					10

BOUFFEES
DELIRANTES

DEVIANCES
SENILES

PARAPHRENIES

DELIRES CHRONIQUES

Neuleptil seul = 10 cas

N° des observations Produits associés	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	TO- TAL	22	37	38	TOTAL	35	36	TOTAL
NEUROLEPTIQUES																				
ANTI- HALLUCINATOIRES					(+)	(+)	(+)						2							
ANXIOLYTIQUES					(+)	(+)	(+)						2							
ANTI-DEPRESSEURS																				
HYPNOTIQUES																				
ANTI-PARKINSONNIENS							(+)						1							
VASOCONSTRICTEURS					(+)				(+)		(+)		4	(+)				(+)		1

MANIE
MELANCOLIE

DEBILITE - TROUBLES DU CARACTERE

DEPRESSION
NEVROTIQUE

DIVERS

N° des observations Produits associés	39	40	41	TO-TAL	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	TO-TAL	54	55	56	57	TO-TAL	58
NEUROLEPTIQUES		(+)		1									(+)				1						
ANTI-HALLUCINATOIRES						(+)											1						
ANXIOLYTIQUES																			(+)	(+)	(+)		4
ANTI-DEPRESSEURS		(+)	(+)	2		(+)											7		(+)				
ANTI-EPILEPTIQUES						(+)	(+)			(+)		(+)				(+)							
HYPNOTIQUES		(+)	(+)	2	(+)	(+)	(+)						(+)		(+)	(+)	6	(+)	(+)	(+)	(+)	3	
ANTI-PARKINSONNIENS															(+)		1	(+)			(+)	2	
VASOCONSTRICTEURS					(+)											(+)	2		(+)	(+)		2	

<u>PRODUITS ASSOCIES</u>	<u>ENSEMBLE des OBSERVATIONS</u>
NEUROLEPTIQUES	4
ANTI-HALLUCINATOIRES	5
ANXIOLYTIQUES	6
ANTI-DEPRESSEURS	8
HYPNOTIQUES	15
ANTI-PARKINSONNIENS	17
VASO-CONSTRICTEURS	19

OBSERVATIONS SANS NEUROLEPTIQUES ASSOCIES

Schizophrénies	: 13 / 21
Délires chroniques	: 10 / 12
Paraphrénies	: 1 / 1
Démences séniles	: 2 / 2
Bouffées délirantes	: 2 / 2
Manies - Mélancolies	: 1 / 3
Débilité Troubles du caractère	: 5 / 12
Dépressions névrotiques	: 0 / 4
Divers	: 0 / 1
	35 / 38

RESULTATS D'ENSEMBLE

I) REMARQUES PRELIMINAIRES

L'étude était centrée essentiellement au début dans le domaine des psychoses. Le choix des malades n'a pas été, pour des raisons de service et compte tenu de l'originalité de la posologie instituée, celui d'une expérimentation classique.

- Un premier groupe a permis d'étudier les effets du produit sur une catégorie de schizophrènes, hospitalisées depuis de nombreuses années, pour lesquelles divers traitements neuroleptiques avaient été essayés avec plus ou moins de succès.

A la suite de l'enseignement tiré de ce premier groupe nous avons été amenés à étendre le domaine de l'étude et à choisir

- Un deuxième groupe en fonction des indications qui se dessinaient mieux, de la manipulation mieux connue du produit, de la connaissance des incidents secondaires que l'on pouvait ainsi éviter ; il s'agissait d'états névrotiques hospitalisés pour la première fois, ou de psychotiques en phase aiguë, réadmis parce qu'ils avaient interrompu leur traitement.

La particularité de ce choix nous impose quelques remarques préliminaires :

- La plupart des malades ont déjà reçu des neuroleptiques
 - Un certain nombre de ces malades ont perdu tout contact efficace avec le milieu familial, lassé par l'évolution désespérément chronique de la maladie ou ayant disparu. Cela interdit à ces malades isolées toute possibilité de permission ou de sortie d'essai nécessaire à une réadaptation sociale après une hospitalisation de longue durée, si bien que le traitement dans ces cas n'a permis qu'une meilleure adaptation à la vie pavillonnaire.

On retrouve l'effet neuroleptique défini par DELAY et DENIKER comportant le ralentissement psycho-moteur, la neutralité émotionnelle, la diminution de l'initiative, l'indifférence aux productions délirantes qui au lieu de se faire sentir en quelques jours (cas des neuroleptiques incisifs) demandent dans notre étude une à deux semaines de traitement (mais la dose maxima a été atteinte en 10 Jours environ).

Dans un premier temps, les hallucinations s'estompent ou deviennent moins gênantes, la conscience devient plus claire, l'angoisse s'atténue peu à peu, sous l'effet de la somnolence et du retour du sommeil.

Cette régression est dans la plupart des cas bien acceptée, le personnel infirmier étant prévenu de l'effet de la cure, et permettant au malade de s'aliter quelques heures par jour.

La surveillance accrue que nécessite le relevé des chiffres tensionnels, du rythme cardiaque, est vécu comme un "maternage" semblable à celui du réveil des comas insuliniques. L'expérience est banalisée et les sensations coenesthésiques désagréables ne sont pas ressenties avec la même acuité au bout de quelques jours, parce qu'on a permis au malade de ne pas lutter contre cette invincible envie de dormir.

Dans le cadre du pavillon où se cotoient une cinquantaine de malades, l'importance de la sollicitude dont sont l'objet les malades soumis à des essais cliniques, tant de la part des médecins que du personnel soignant, est perçue heureusement par le malade et retentit sur l'évolution de sa maladie.

Dans un certain nombre de cas, où l'on n'a pas noté de somnolence, on observe un effet asthéniant avec sensation de lourdeur des membres, vertiges, malaise interne mal défini ; c'est un moyen pour le malade de rechercher un contact plus fréquent avec le médecin, qui le rassure sur le caractère bénin des troubles et amorce un début de relation qui évoluera par la suite

Il semble en effet chez les schizophrènes athymoriques, que l'angoisse se projette sur le corps, ceux-ci développant des thèmes hypocondriaques, aux dépens de la thématique habituelle, qui disparaît en même temps que les effets latéraux du médicament, ce qui permet de nouer un dialogue parfois impossible antérieurement.

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître un effet psychologique dans les prescriptions d'un médicament en dehors de l'effet pharmacologique. La preuve en est l'administration de Placebos qui peuvent amener des résultats positifs, aussi bien que négatifs. C'est dire que le médicament peut être investi comme un bon ou un mauvais médicament et que l'influence de la relation entre le malade, le médecin et le personnel infirmier est capitale.

Lors de nos essais cliniques, le Neuleptil, connu par le personnel infirmier, et redouté comme dangereux à fortes posologies, a souvent été investi comme un mauvais médicament. La réticence et la méfiance du personnel n'ont disparu qu'après des réunions et d'amples explications sur le mode d'action.

Nous avons utilisé pour apprécier les différents symptômes
LE BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE d'après J.E. OVERALE and D.R. GORHAM.

1. Préoccupations somatiques
2. Anxiété
3. Retrait affectif
4. Désorganisation conceptuelle
5. Sentiments de culpabilité
6. Tension
7. Maniérisme et attitude
8. Mégalomanie
9. Tendances dépressives
10. Hostilité
11. Méfiance
12. Comportement hallucinatoire
13. Ralentissement moteur
14. Non-coopération
15. Pensées inhabituelles
16. Eroussement affectif
17. Comportement en ergothérapie

RESULTATS GLOBAUX

Nombre de cas : 58

Contre indications : C. ind.

0 : Pas de modifications

+ : Modification symptomatique parcellaire

++ : Modification symptomatique nette

+++ : Guérison des symptômes

	C. Ind.	0	+	++	+++
<u>Schizophrénie</u> :					
- Paranoïde			2	6	2
- Hebephreno-catatonique		1			1
- Schizo-névrose		1	1		3
- Simple		3	1		
- Evolution démentielle					
<u>Paraphrénie</u>				1	
<u>Délires Chroniques</u> :					
- Hallucinatoires		1	1	1	2
- Interprétatifs			1	2	1
- Paranoïaques				1	2
Bouffées délirantes chez alcooliques		2			
Démences séniles		2			
Manie				1	
Mélancolie		1		1	
Débilité - Troubles du caractère			5	5	2
Dépression névrotique		1		1	2
Divers		1			
TOTAL 58		13	11	19	15
		22,5%	19%	32,5%	26%

POSOLOGIE	0 à 150 mg.	150 à 300 mg.	300 à 500 mg.	> 500 mg.
Nombre d'Observations	10	30	15	3
NOSOGRAPHIE :				
Schizophrénie	3	9	8	1
Paraphrénie			1	
Délire chronique	1	9	3	
Bouffées déliran.		2		
Démence sénile	1	1		
Manie Mélancolie	1	1	1	
Débilité - T. C	4	4	2	2
Dépression Névr.		4		

POSOLOGIE EN FONCTION DE LA NOSOGRAPHIE

La posologie comparée par syndromes nous permet de tirer un certain nombre de conclusions :

- pour les schizophrénies hospitalisées de longue date, il est souvent nécessaire d'atteindre des doses de 500 mg, alors que dans les schizophrénies aiguës, 300 mg. suffisent le plus souvent.
- Les délirantes chroniques, dont l'hospitalisation était récente ont été modifiées à des posologies de 300 mg.
- Nos débiles caractérielles ont réagi à des doses extrêmement variables allant de 120 à 800 mg. dans un cas.
- Les dépressions névrotiques ont reçu 300 mg. environ avec succès.
- De notre expérimentation, il ressort que les bouffées délirantes chez les alcooliques, les démences séniles n'ont pas tiré profit du traitement, la tolérance aux neuroleptiques étant très faible.
- Les mélancolies (2 cas) n'ont pas été améliorées.
- Nous avons vu un cas de manie qui a profité des effets de la Propérialazine associée à la Chlorpromazine.

2) ETUDE PAR SYNDROMES

SCHIZOPHRENIES

En fonction de l'activité du médicament qui s'avérait différente selon la forme clinique et la période évolutive, nous avons été amenés à regrouper les observations selon le plan suivant :

- Formes paranoïdes
- Formes hébéphréno-catatoniques
- Formes simples
- Formes à évolution démentielle.

Résultats dans :

a) Formes paranoïdes

Sur dix cas deux de nos malades ont présenté une rémission symptomatique telle que la sortie et la réinsertion sociale a été possible.

Six d'entre elles ont été améliorées au niveau des relations sociales, sans toutefois voir disparaître les troubles fondamentaux.

Deux autres, enfin, n'ont montré qu'une modification superficielle sur quelques symptômes, la dissociation restant inchangée.

Nous donnerons les observations les plus caractéristiques.

Geneviève, 35 ans (obs. 10).

Deuxième hospitalisation d'une dépression atypique chez une secrétaire employée à l'O.R.T.F. Anorexie, maigreur importante, sentiment d'hostilité de l'ambiance. Délire d'influence. Délire érotomane centré sur un ingénieur. Préoccupations somatiques importantes. Craint de trop grossir, se plaint qu'on la gave, qu'elle a un gros ventre etc...

Aspect figé, regard fixe. Réticente. Flou idéique. Pauvreté de l'idéation. Thèmes délirants incohérents, enchevêtrés.

Nous avons donné 300 gouttes de Neuleptil à doses progressives, 50 mg. de plus par jour. On note dès la dose 150 mg (au bout de trois jours) une akinésie simple avec hypertonie marquée, roue dentée, diminution du ballant des bras. Un syndrome excito-moteur fait de torticolis avec nuque raide, hyperextension du cou, accompagné d'une contracture des masseters. Cet incident cède avec une injection de Ponalide, puis 15 mg d'Artane per-os.

Une hypotension de 2 cm. de Mercure a été corrigée par un vaso-presseur.

Des examens biologiques ont montré une éosinophilie à 7 %, un cholestérol total à 3,40 g.

Dès la deuxième semaine de traitement (à 300 mg.) amélioration spectaculaire quelques jours après les phénomènes extra-pyramidaux.

Contact réel, projets professionnels cohérents. Emerge nettement et récupère une certaine conscience de ses troubles qu'elle critique.

Au bout d'un mois de traitement, nous diminuons les doses de Neuleptil, car avec l'amélioration de la sémiologie, apparaissent des signes de surdosage : voix pâteuse, ralentissement idéique, somnolente, ne peut plus lire et regarder la télévision.

Sort et reprend son travail la cinquième semaine avec une dose d'entretien de 150 gouttes.

Thérèse, âgée de 21 ans (obs. 9).

Schizophrénie paranoïde intermittente déjà hospitalisée trois fois. Délire d'influence. Automatisme mental. Dépersonnalisation avec des hallucinations auditives projetées à l'extérieur entraînant des réactions agressives vis-à-vis d'autrui, qui ont déterminé un nouvel internement.

Elle travaillait dans un Monoprix et a giflé un des employés sans explication, car aurait entendu "celui-ci lui dire des choses méchantes et soutenir que ce n'était pas lui" - Ils se moquent de moi".

Très anxieuse, contact assez bon, demande d'aide.

A eu 350 mg de NEULEPTIL qui ont eu un effet spectaculaire en trois semaines, les hallucinations ont disparu, la malade les ayant même oubliées, le délire d'influence et de dépersonnalisation a vite regressé.

Cette malade s'est montrée coopérante et gentille, très utile aux infirmières. Nous avons pu la faire sortir avec un emploi de manutentionnaire. La post-cure a été assurée avec un traitement de 200 mg et la stabilisation se maintient huit mois après.

■

Il est un certain nombre de facteurs qui vont intervenir dans la guérison des malades.

Nos deux cas de guérison ont eu lieu chez des femmes jeunes, pour lesquelles il s'agissait d'une deuxième ou une troisième rechute entre lesquelles la disparition des troubles morbides avait permis une reprise professionnelle normale, chez qui, enfin, les traitements neuroleptiques d'entretien ~~avaient~~ été interrompus, ce qui permettait une action plus nette du médicament.

Toutes ces formes ont eu en commun un délire flou et mal structuré, à thèmes d'influence, de possession, de dépersonnalisation, des hallucinations sensorielles et coenesthésiques sur un fond mental dissocié avec des troubles du langage et de la pensée, une indifférence affective nette. La plupart présentaient des troubles du comportement à type de manifestations agressives, d'impulsions, ou au contraire d'attitudes passives et apragmatiques.

Dans le déroulement de l'amélioration, les premiers troubles à disparaître sont bien sûr, ceux du comportement : l'agressivité verbale ou agie, l'opposition, ou l'hostilité vont se trouver amortis par la somnolence thérapeutique.

Quant aux hallucinations et au délire, il va peu à peu s'effiloche, perdre de son acuité et de son importance pour demeurer un peu dévitalisé, sans la charge affective qui habituellement le sous-tend. Chez les schizophrènes, ces phénomènes ne sont jamais critiqués, comme on l'observe dans les délires chroniques.

°

° °

Dans les observations suivantes, l'amélioration a été partielle dans certains cas, l'encadrement familial a permis une sortie, dans d'autres l'insertion hospitalière a été meilleure.

Claude (obs. 4) est atteinte d'une psychose paranoïde évoluant depuis 5 ans de manière intermittente. Le refus du traitement ambulatoire conditionnant les rechutes. Laborantine, elle fait des remplacements, mais n'a jamais pu se présenter à l'examen pour être diplômée. Depuis 1953, occupe de nombreuses places dans les hôpitaux les plus divers.

A l'examen se présente d'emblée dans une attitude sthénique, opposante, protestant contre cette nouvelle mesure d'internement injustifiée. Rigide et protestataire, reste d'abord réticente sur les motifs réels de son internement. Faciès fermé, air hostile et buté, le contact s'avère difficile.

Après quelques réticences, livre une thématique délirante vaste, floue, mal systématisée. Les thèmes en sont polymorphes, centrés sur la persécution, mais aussi l'influence, le devinement de la pensée, la prise de la pensée dans le but de la désintégrer, et de modifier sa personnalité. L'organisation est vaste, le but est persécutoire, mais les motifs sont ignorés. On ne remarque pas de troubles évidents du cours de la pensée, sauf des paralogismes, surtout des symboles flous. L'incohérence et l'impénétrabilité de la pensée délirante témoignent d'une dissociation.

Nous lui donnons de la Propéridazine seule en augmentant progressivement de 50 gouttes par jour jusqu'à 500 mg.

La première semaine, une somnolence importante apparaît qui détermine une certaine modification du comportement. La relation devient différente, elle n'est plus hostile et sur la défensive, mais recherche les entretiens pour se plaindre des effets secondaires du traitement.

Effectivement elle ressent des malaises hypotensifs, des vertiges, des palpitations et est gênée dans sa lecture par des troubles de l'accommodation, qui disparaîtront en une dizaine de jours. On note aussi des impatiences dans les membres inférieurs.

Dans un second temps, le délire n'occupe plus le premier plan des symptômes, elle a une attitude plus souple, un bien meilleur contact avec les infirmières. Les néologismes ne sont plus aussi fréquents, l'attention est plus soutenue.

Toutefois, pour que le délire et les hallucinations s'estompent, il faut attendre un mois encore. L'apragmatisme a disparu, elle accepte de coopérer à l'ergothérapie.

L'adhésion au délire, la projection de ses hallucinations sur des persécuteurs demeure la même pendant quatre mois, au bout desquels nous changeons de traitement.

Claire, âgée de 26 ans (obs. n° 3).

Schizophrène paranoïde, internée à la suite d'une impulsion homicide sur le mari et de violences sur ses enfants.

Le certificat mentionne : Thèmes délirants polymorphes de persécution, flous, mal systématisés, à contenu pauvre. Athymormie - Atteinte primitive de la vigueur du Moi. Sorte d'enlissement dans le Néant. Sentiment de dépersonnalisation et de morcellement du moi. "A été un cadavre, a peur de la mort, ne veut pas mourir", sont les seuls propos qu'elle émet spontanément.

On note une alternance de périodes d'agressivité et de subexcitation, entraînant un accoutrement assez étonnant et un maquillage outrancier, avec des périodes de prostration, où elle ne fait aucune toilette.

A la dose de 300 mg. de NEULEPTIL, se plaint de somnolence chaque jour, elle ressent le Neuleptil comme un mauvais médicament, toutefois l'agitation et l'agressivité fort importantes à l'entrée, ont cédé le deuxième jour pour ne plus réapparaître.

Les propos injurieux, les soliloques, les mots qui composaient pratiquement son seul discours, ne sont plus exprimés.

Elle adopte une attitude geignarde et plaintive, recherchant le contact du personnel, alors qu'elle était vécue à l'entrée comme dangereuse (en raison de l'hospitalisation de sa soeur, schizophrène très impulsive). Ressent des phénomènes d'impatience, est un peu figée et ralentie.

L'amélioration symptomatique permet une permission dans sa famille, dont elle ne reviendra pas. La sortie sera faite pour régulariser la situation.

Anne, 37 ans (obs. n°7).

Délire paranoïde déjà hospitalisé en 1961. Fabulations mégalomaniaques où s'expriment avec maniérisme et parfois schizophasie, la discordance et l'autisme.

A l'entrée hautaine et sthénique, elle est agressive, acceptant difficilement le contact, étant donné son origine, sa richesse, (elle est Madame Kennedy, possède des milliards, son père est maréchal, elle est aussi médecin). Depuis sa première hospitalisation a fait un seul séjour en clinique pour un épisode d'agitation où une sismothérapie a été pratiquée. Puis elle a repris son emploi aux P.T.T. assez régulièrement semble-t-il.

Bizarrement vêtue, la tête enturbannée, portant plusieurs gilets superposés de longueur et de couleur différente, elle achève l'accoutrement par un maquillage outrancier.

La dose utilisée consiste en 300 mg par jour. La somnolence qu'elle ressent lui permet de nouer un contact avec les infirmières, en cherchant à attirer leur attention, en se faisant plaindre, ce qui contraste étonnamment avec son attitude hautaine et froide du début. Chaque jour réclame un entretien, se plaint de douleurs erratiques, cherche à séduire.

On retrouve le même comportement que dans l'observation ultérieure N° 16. La phase de séduction, de courtoisie et d'approbativité décrite par certains auteurs (VOLMAT, OSTAPCHEFF).

Le délire imaginatif mêlé de réalité et de fantasmagorie paraît moins prégnant, puisqu'elle noue de bonnes relations avec l'entourage, accepte de travailler à l'ergothérapie, mais elle ne peut encore reprendre son travail.

✱

Dans deux autres cas, la modification symptomatique n'a porté que sur une amélioration de la relation, sans modification du fonds mental.

Thérèse, 35 ans, (obs. 1). Différents séjours en hôpitaux psychiatriques pour dépression atypique chez une célibataire licenciée d'Anglais.

A été traitée par cures de Sakel et sismothérapies.

Impression vague d'hostilité de l'ambiance, d'une sensation d'échec dans ses diverses places qu'elle a quittées de façon soudaine, on remarque progressivement une déchéance professionnelle, de professeur d'anglais, elle devient remplaçante d'institutrice en maternelle, puis employée de bureau.

Sentiment d'abandon, souffre de la solitude. Difficultés de contact vivement ressenties lors du départ de sa seule amie d'enfance en province.

Ressent une souffrance mentale, des angoisses importantes qu'elle ne peut verbaliser, envisage la mort comme une délivrance, sans aucune thématique mélancolique par ailleurs. Désintérêt, apragmatisme, indifférence affective, pauvreté d'idéation, exprime d'une voix monocorde son indifférence.

Elle reçoit 180 gouttes de Neuleptil par progression de 30 gouttes par jour ; dès la première semaine, ressent de la somnolence, une apathie plus marquée.

La deuxième semaine, la somnolence étant mal supportée, on lui permet un alitement de quelques heures par jour. Ressent moins d'angoisse, recherche de contacts plus fréquents à travers les plaintes hypocondriaques.

Elle est toujours aussi dépressive et on associe de l'anafranil. Se développe alors un vaste délire d'influence et de dépersonnalisation qui cèdera peu à peu sous Nozinan et Halopéridol.

°
° °

Nous ne pourrions tirer de conclusions générales sur

b) les formes Hébéphrénocatatoniques, dans nos observations nous n'en avons répertorié qu'un cas.

Magali, 25 ans, (obs. n°11). A été amenée par Police Secours, trouvée mutique sur les marches d'un grand magasin. Elle présente un syndrome hétéphréno-catatonique avec mutisme, négativisme, clinophilie, fuite du regard, engourdissement, fond d'inertie.

Le traitement de 300 mg. de Neuleptil n'a absolument rien changé et nous avons dû recourir à une sismothérapie suivie de succès.

°
° °

En revanche, nous avons hospitalisé une forme de
c) schizo-névrose que nous avons pu réinsérer rapidement.

Eliette, âgée de 38 ans. (obs. n°12).

Il s'agit d'une française d'origine bretonne, mariée à un chilien ayant 4 enfants, déjà hospitalisée dans le service en 1964. Partie avec son mari, il y a quinze ans au Chili. Après chaque accouchement, nécessité d'une hospitalisation et de chocs.

Semble avoir fui l'ambiance conjugale, en laissant ses enfants au mari.

La présentation est dépressive avec quelques traits hystériques et quelques éléments discordants. La pensée est diffluyente, les propos parfois à la limite de la cohérence. On note une certaine recherche dans la précision et le vocabulaire. La biographie est racontée avec de nombreux détails. L'humeur est variable lors de l'entretien, passant du sourire aux larmes.

Modification du comportement vers 16 ans. Première tentative de suicide au collège.

Gros problèmes affectifs, retentissement profond de sa première relation hétéro-sexuelle qui a été un échec. Sentiment de culpabilité mêlé à un ressentiment à l'égard de ses parents. Mariée avec un homme de 25 ans plus âgé qu'elle, substitut évident de son père. Le mariage est vécu comme une accession à un milieu social plus élevé où elle n'a pu occuper sa place, ce qui renforce sa culpabilité.

Quelques éléments psychotiques :

impression d'étrangeté, quelques traits discordants, une certaine ambivalence, des propos à la limite de la cohérence parfois.

Nous avons été amené à lui donner 140 gouttes de Neuleptil qui a amélioré nettement l'anxiété. Après une période de somnolence et d'inertie où elle reste isolée dans sa chambre, elle se sent transformée et recherche des relations avec son entourage. Nous diminuons la dose à 100 gouttes car le traitement ralentit et elle se sent très abattue. La diffluence s'estompe, se sent détendue et plus heureuse, un peu plus euphorique. La symptomatologie psychotique disparaît pour faire réapparaître uniquement un mode de défense névrotique de type obsessionnel.

Madame T part en Maison de Repos afin de résoudre certains problèmes matériels avec sa soeur, après une cure de trois semaines.

°
° °

d) Schizophrénie simple

Elle comporte des "signes négatifs" avec indifférence affective, apragmatisme, autisme dans ce qu'il y a d'apparence déficitaire pour l'observateur. Elle peut être la forme résiduelle d'une schizophrénie délirante, décapitée par les traitements.

L'effet sédatif du neuroleptique ajoute certainement dans un certain nombre de cas, un handicap pour un retour à la vie familiale et sociale. La littérature montre que cette forme clinique est fréquemment rencontrée à l'hôpital et demeure la plus résistante aux thérapeutiques.

Toutefois dans notre expérimentation nous avons pu réduire quelque peu ces symptômes grâce à la Propériciazine.

Schizophrénie paranoïde chez une guadeloupéenne de 31 ans (obs. 15) hospitalisée depuis 1962. Malgré de nombreux traitements reste apragmatique et asthénique. Pensée floue et diffluente, ambivalence des réponses. Elude les questions. Contact difficile en raison du négativisme. Pas d'idées délirantes.

Isolée et réticente. Passivité, excuse son apragmatisme en alléguant une grande fatigue. Aucune occupation dans le service.

Conserve un traitement important avec Halopéridol 150 gouttes - Tripéridol 150 gouttes - Nozinan 200 gouttes en raison d'une impulsivité majeure.

Dès la dose de 300 gouttes, amélioration nette du comportement, contact plus chaud, plus souriante, aucune impulsivité, relations meilleures avec les autres malades et les infirmières.

Sort de son apragmatisme, accepte une occupation, brode à l'ergothérapie au bout de deux mois de traitement.

Conclusion : Adaptation réelle à la vie du pavillon chez une schizophrène où dominait apragmatisme et négativisme, sans toutefois que l'on puisse envisager une sortie et réadaptation à la vie extérieure, ses frères étant réticents pour la reprendre, et cette dernière n'ayant jamais travaillé au dehors.

A présenté une somnolence qui a duré 3 semaines et puis a régressé spontanément.

Eliane, 36 ans. (obs. 16). Schizophrénie paranoïde évoluant par bouffées depuis 1960. Adaptation précaire et activité professionnelle intermittente.

Internée depuis 1966 avec automatisme mental, syndrome d'influence, conscience désespérée de l'état morbide et de l'inadaptabilité au dehors. Négativisme intermittent. Contact froid, agressivité et réticence, peu coopérante pour le traitement. Apragmatisme et oppositionnisme sthénique à tout travail. Pas d'idées délirantes actuellement.

Avec 500 gouttes de Neuleptil, transformation spectaculaire des relations, coopérante, conduite de séduction cherche à faire plaisir, désir d'être polie, alors qu'elle était revendicante, agressive, opposante.

Travaille bien à l'ergothérapie, fait de la broderie, des dessins, de la pyrogravure, aide à la cuisine. Si bien qu'on peut envisager une nouvelle sortie, dans un Atelier Thérapeutique, les projets étant adaptés et réels, la malade

accepte cette solution de compromis, sachant qu'elle lui sera plus bénéfique qu'une sortie hâtive et brutale. Absolument isolée sur le plan familial, la réinsertion doit être prudente.

L'amélioration se maintient avec une dose d'entretien à 350 mg. Augmentation progressive de 50 gouttes après un départ à 100 gouttes, cette malade a fort bien supporté le traitement qui n'a entraîné qu'une sécheresse de la bouche, et une hypotension facilement corrigée par 120 gouttes de Néosynéphrine.

Un bilan biologique a montré une lymphocytose à 40 %. Cette malade a présenté une bouffissure du visage avec pâleur et effacement des traits, sans hyperthermie.

Un bilan hépatique, rénal et hématologique n'a rien montré.

Nous n'avons pas interrompu le traitement et ce symptôme a disparu en quelques jours.

°
° °

e) Formes à évolution démentielle

Observations N° 17 - 18 - 19

Chez trois schizophrènes âgées de 60, 70 et 82 ans nous n'avons noté aucun changement symptomatique. Au contraire l'apparition de confusion, de désorientation et de gâtisme, avec une somnolence marquée, nous a obligé à interrompre le traitement. En deux jours nos malades ont récupéré et retrouvé leur état mental antérieur.

Ces problèmes confirment le problème de la tolérance des neuroleptiques en fonction de l'âge, ce qu'avaient déjà signalé de nombreux auteurs.

Dans un cas - Observation N°21 - Laure âgée de 60 ans.

Il s'agissait d'une schizophrène hospitalisée depuis 20 ans dont les symptômes résiduels consistent en un appauvrissement des idées et des affects, une détérioration évidente et une activité stéréotypée (ménage).

Le Neuleptil donné à 500 mg., a permis d'élargir ses activités à l'ergothérapie (fait du tricot) et d'obtenir quelques réponses adaptées sur sa biographie sans incohérence. Toutefois dans ce type d'évolution fixée où la désagrégation de la personnalité est importante, il semble que l'amélioration soit bien illusoire.

PARAPHRENIE

Nous n'avons qu'une observation qui, compte-tenu de l'ancienneté du cas, de la richesse et de la gravité des symptômes, nous a paru un résultat inespéré. La sortie n'a pas été possible en fonction des structures actuelles et du manque d'encadrement à l'extérieur.

Observation N° 22

Renée âgée de 35 ans présente une psychose paranoïde avec excitation psychique, idées de grandeur (titres grandioses, haute filiation, mariage princier, mission, richesses).

Livre des idées délirantes avec thème de grandeur, filiation illustre (est à la fois la fille de l'empereur Mao-Tsé-Kiang - ambassadrice d'Irlande, Madeleine de Régnier, Jacqueline Kennedy, a été mannequin, chirurgien, Professeur d'Université), est riche à millions, possède quarante titres de noblesse.

Troubles de l'attention et de la pensée, stéréotypies, barrages. Délire touffu, incohérent, absurde, les idées d'enchevêtrement se chevauchent, changent, dans une logorrhée étourdissante, sans essai de systématisation ou d'organisation. Maniérisme gestuel au niveau des doigts, poses affectées, voix éteinte, avec inflexions affectées. Idées de persécution "elle fut torturée par un proxénète, ses entrailles furent brûlées".

Vit un rêve, où elle joue un rôle très important, ne veut pas reconnaître la réalité des choses, ne reconnaît pas sa mère, qu'elle considère comme sa femme de chambre, conserve des idées de grandeur dans la vie quotidienne, ne s'abaisse jamais à dire merci, se comporte de façon hautaine.

Nous lui donnons 500 mg. de Neuleptil à doses progressives. Le changement dans le comportement s'est fait peu à peu. Est devenue moins hautaine et fière. A d'abord accepté de faire des courses pour le pavillon, ce qui la valorisait par rapport aux autres.

Puis progressivement la thématique délirante est passée au second plan, alors qu'à chaque entretien elle parlait de ses sensations coenesthésiques, "on lui avait lobotomisé son cerveau et brûlé ses organes génitaux".

A accepté de faire du dessin, de la pyrogravure et de la dactylographie. Le changement extérieur a été tel qu'elle a pu sortir dans le parc, rendre différents services au bureau de la Section, sa relation avec autrui est devenue plus facile, sans condescendance.

Enfin les idées de persécution n'ont plus été exprimées, et le délire de grandeur, sans être critiqué, a été mis en doute, lorsqu'elle nous a dit "j'ai besoin de faire du cinéma, je sais bien que je m'appelle Renée T", ce qui étant donné l'état antérieur peut être considéré comme un excellent résultat du Neuleptil.

La sortie n'a pu être envisagée faute de possibilités d'aide extérieure.

DELIRES CHRONIQUES

L'évolution vers la guérison se fait en 2 phases, avec une période de latence intercalée.

C'est-à-dire qu'après une semaine de traitement, l'hostilité, la réticence, la méfiance cèdent, l'exposition des thèmes délirants est plus nette, plus compréhensible, plus massive. Ceci est sans doute dû au fait que l'enchaînement des idées se fait mieux, la charge affective qui sous-tend le récit est un peu calmée par l'effet anxiolytique du traitement.

Puis selon les cas, on voit s'écouler une ou deux semaines sans changement, les hallucinations, la conviction délirante sont un peu étouffées, mais toujours prêtes à émerger.

Ensuite la prise de distance vis-à-vis des productions délirantes se fait plus sensible, l'abord des thèmes par le malade lors des entretiens n'est plus la préoccupation majeure, il faut les rechercher et aborder le sujet. De toute évidence, la croyance persiste mais dépourvue de passion, refroidie, éloignée.

Dans les meilleurs cas, la malade prend conscience du caractère morbide des phénomènes, qu'elle gratifie de "cauchemars" ou d'"idées fausses". Dans les autres cas, la malade évite le sujet et son rappel provoque manifestement une anxiété, celle-ci refuse qu'on lui remémore l'expérience désagréable.

Parfois aussi, hallucinations et délire existent, mais au second plan et n'entravant pas une réadaptation stable, les préoccupations réelles, telles que la sortie, venant au premier plan.

Les résultats dans les délires chroniques ne recoupent pas tout à fait ceux observés par différents auteurs.

LETAILLEUR et CHANOIT ont écrit que l'activité du Neuleptil était plus nette sur les mécanismes interprétatifs et passionnels que dans les délires à mécanismes hallucinatoires.

Il nous est difficile de conclure à partir d'une expérience si limitée ; d'autre part il est possible qu'à des doses plus importantes l'activité hallucinolytique, bien que n'étant pas toutefois égale à celle des butyrophénones, soit plus apparente.

Tableau Récapitulatif

	0	+	++	+++
P.H.C. 5 cas	1	1	1	2
Délires Interpré- tatifs 4 cas		1	2	1
Délire chez Person- nalité paranoïaque 3 cas			1	2
TOTAL = 12 Cas	1	2	4	5

- Dans les psychoses hallucinatoires chroniques -

Nous avons eu deux guérisons symptomatiques avec retour à la vie familiale

- Dans les délires interprétatifs

1 sortie avec reprise du travail

2 améliorations notables.

- Délires chez des paranoïaques :

2 sorties et une amélioration sensible.

Renée, âgée de 60 ans (obs. 24) est hospitalisée dans le service depuis de nombreuses années pour de vagues idées de persécution avec illusions et hallucinations auditives et coenesthésiques sur fond de débilité. Comportement agressif et coléreux par périodes. Assez opposante et réticente, l'action du Neuleptil à 300 mg. a consisté à faire cesser la vive hostilité à l'égard du frère, à amenuiser les réactions d'opposition envers l'entourage. Les idées de persécution ont disparu.

Maria (obs. 25), espagnole en France depuis 2 ans, nous est envoyée par un service de chirurgie. Elle a subi une intervention pour arthrose de la hanche survenue à la suite d'une fracture après un accident de voiture. La lettre du chirurgien mentionne une activité hallucinatoire importante entraînant une agitation incompatible avec la cicatrisation de la nouvelle intervention.

Il s'agit d'une 2e Hospitalisation.

A l'arrivée, le contact est difficile, gêné de plus par les difficultés linguistiques. On met en évidence des hallucinations sensorielles et auditives, des idées de persécution vagues, on l'épie, et on la juge, on la critique et l'injurie. Un automatisme mental fait d'écho et de lecture de la pensée est exprimé.

Elle semble ramener son accident de voiture à une persécution devant laquelle elle reste perplexe, non affirmative. Les thèmes sont assez pauvres et mal structurés.

L'amélioration se fait sentir à la dose de 180 mg. que nous n'augmentons pas en raison des malaises hypotensifs gênants lors du lever, d'autant que l'équilibre de la malade, soutenu par deux béquilles est précaire.

Le contact avec les infirmières s'améliore, elle accepte une petite activité ergothérapique.

Le parasitisme hallucinatoire persiste, elle tend à s'isoler et le traitement n'a été efficace que sur le comportement et les relations avec l'entourage, aucune critique ne s'ébauche. La sortie ne peut de toutes façons se faire qu'après la guérison de son intervention.

Germaine K, 49 ans (obs. 26), entre dans le service en Mars 1969, célibataire, employée de bureau pendant 20 ans, elle élève seule son fils qui part en Amérique. Le départ de celui-ci semble être la cause déclenchante d'un délire de persécution. On retrouve un délire hallucinatoire avec éléments persécutifs centrés sur les habitants de l'immeuble qui font partie d'un réseau international, qui séquestrent son fils et l'empêchent de lui donner des nouvelles.

A l'entrée elle est sale, incurique, sans travail depuis un an. Ses hallucinations entraînent toutes sortes de réactions agressives verbales vis-à-vis des voisins ce qui a amené le signalement et l'internement. Elle présente un automatisme mental, avec illusion d'étrangeté de la pensée, psittacismes, scies verbales. A l'examen, elle est hostile, méfiante, et admet difficilement l'hospitalisation qui est vécue comme une nouvelle brimade de ses persécuteurs.

A la fin de la première semaine, dès la dose de 200 gouttes, l'hostilité et la non-coopération disparaissent, l'automatisme mental persiste, le contact est labile, rendu plus précaire par la somnolence. Les préoccupations visent le fils qu'elle pense envouté, dans un état physique déplorable. Bien qu'elle connaisse son adresse, il ne lui vient pas l'idée de lui écrire, ce que nous l'incitons à faire. Toutefois elle entreprend des travaux de couture à l'ergothérapie, et se rend utile aux infirmières.

Avec 300 gouttes, l'attention est meilleure, le flux de la pensée suit un déroulement normal, l'anxiété est moins vive.

Pendant la troisième semaine nous voyons la transformation de l'état mental se poursuivre. Déjà une ébauche de critique s'amorce, elle remet les choses à leur place, nous avertit qu'elle ne ressent plus d'influence, que "ses voix" ont disparu, et envisage une reprise de travail dès sa sortie.

Une réponse du fils contribue à complètement la rassurer.

Depuis 10 mois la poursuite de la post-cure nous prouve que la reprise de travail est effective, et que l'état mental est toujours normal.

(Obs. 27). Il s'agit d'une femme de 67 ans, ancienne femme de chambre, veuve depuis 5 ans, qui vit avec son fils, maçon, souvent en déplacement.

L'abord en est peu facile, elle parle de manière autoritaire, avec débit haché, phrases brèves et sèches. Son fils l'avait signalée au dispensaire pour les modifications de son comportement. Seule, elle ne mangeait plus et restait enfermée, sans lumière, volets fermés depuis 15 jours.

L'attitude d'écoute est évidente, elle regarde de tous côtés d'un air soupçonneux et furtif, refuse tous soins, tous contacts et toute nourriture, alléguant un manque de ressources qui ne lui permettra pas de payer la nourriture de l'hôpital.

Son attitude fermée et réticente persiste encore une semaine. L'exposition du délire devient alors plus nette, et un délire de persécution centré sur l'amie du fils apparaît. Celle-ci l'influence, lui envoie des ondes. Elle se sent modifiée, son visage a changé, elle ne se reconnaît plus dans la glace. A l'illusion d'avoir la tête séparée du corps pendant la nuit, ce qui fait qu'elle dort sans dormir.

Automatisme mental et hallucinations auditives sont désactualisées au cours de la deuxième semaine, sans que nous augmentions les 200 mg. initiaux.

Sa réticence à évoquer ses sensations est toujours présente, mais le comportement est fait maintenant d'aménité, de courtoisie, et de gentillesse, elle est active et très efficace dans le pavillon. L'intérêt porté à ses phénomènes psycho-sensoriels l'irrite un peu et elle détourne la conversation habilement de manière humoristique, ne comprenant pas qu'on puisse porter de l'intérêt "à ses bêtises".

La sortie est prévue au bout de six semaines.

Trois mois plus tard nous réadmettons la malade avec un syndrome dépressif de teinte mélancolique où apparaissent quelques thèmes délirants, d'inutilité, d'incurabilité, des idées de transformation corporelle (ses intestins sont bouchés). Elle avait interrompu son traitement.

L'accès a duré peu de temps sous anti-dépresseurs, et le retour à l'état normal a eu lieu en un mois.

Jeanine, âgée de 32 ans (obs. 28), infirmière de l'Assistance Publique, entre dans le service avec le diagnostic de vaste délire d'influence à thèmes de persécution avec éléments érotomaniaques.

Les premiers troubles remontent à 1961, les événements politiques depuis cette date sont intriqués dans son délire. Reviviscence et déclenchement de l'accès en Mai 1968, car elle habite au quartier latin, et se sent l'objet de surveillance de la part de la police.

Janine pense qu'elle est espionnée et surveillée sur le plan international, utilisée par les Anglais et les Américains. Elle englobe son futur beau-frère Thaïlandais dans la systématique délirante, pense qu'on cherche à la faire parler, à découvrir ses relations pour les exploiter. Celui-ci a un rôle protecteur, et a placé des gens pour la protéger.

Le chirurgien qui dirige le service où elle exerce, mort il y a un an, est allé en vacances au LAOS, là où Janine avait fait un stage en tant qu'infirmière dans une base américaine. Celui-ci a été espionné, et recevait des chocs sur la nuque tout comme elle.

Hallucinations auditives et automatisme mental lui interdisent de manger à midi, l'obligent à faire des actes absurdes, à refaire plusieurs fois le plâtre de ses malades.

Grâce au NEULEPTIL donné à la dose de 300 mg. nous voyons peu à peu les préoccupations et l'air inquiet de Janine disparaître.

La somnolence discrète qu'elle ressent est bien supportée et permet d'atténuer l'acuité des manifestations sensorielles.

Elle prend bientôt conscience du caractère morbide des phénomènes ressentis, l'automatisme mental disparaît, les hallucinations sont dévitalisées, déjà elle s'inquiète de son retour au travail.

Et elle peut sortir en convalescence après un traitement de six semaines, ayant complètement critiqué les phénomènes psycho-sensoriels.

(Obs. 29). Il s'agit d'une première hospitalisation chez une employée de maison, espagnole de 57 ans, en France depuis 10 ans.

Il existe un automatisme mental avec lecture et direction de la pensée, des hallucinations visuelles, coenesthésiques et auditives, des phénomènes psycho-moteurs avec sensation d'articulation verbale forcée.

Elle ressent l'intuition d'autrui dans sa pensée, et son intimité, se sent nue et dévoilée.

On note une dialectique de tentation par des représentations divines et démoniaques, une lutte perpétuelle manichéenne.

Les thèmes de persécution sont essentiellement sexuels.

La malade est mise au traitement de 300 mg. de NEULEPTIL sans changement, puis on augmente la posologie à 500 mg.

L'anxiété et la lutte deviennent moins importantes, les hallucinations coenesthésiques puis visuelles s'estompent, en même temps que le délire devient moins prégnant, ce qui permet au terme d'un mois, une adaptation au pavillon.

La malade a une petite activité ergothérapique et des échanges verbaux avec ses compagnes, mais le délire n'est pas critiqué, et les hallucinations n'ont pas complètement disparu.

Juliette, 42 ans (obs. 31), est envoyée par l'Hôpital Fernand Widal après une péritonite. Nous observons un état de discrète confusion avec logorrhée, où émergent des thèmes de préjudice, de filiation aristocratique, de persécution vis-à-vis de ses enfants sur fond paranoïaque. Aurait fait des démarches processives contre ses enfants aînés. On note une logorrhée et une diffluence envahissante, son discours est monocorde, sans chaleur.

Française, élevée dans les Ardennes par des parents adoptifs, elle a été déportée à Dachau en 1944. Elle aurait subi des expériences médicales nazies, enfin libérée par les Américains, elle trouve une annonce dans un journal, et "reçoit l'ordre" de se marier. A 23 ans elle épouse l'auteur de l'annonce, un Anglais, tué cinq ans après dans un accident d'auto. Puis se remarie avec Emmanuel d'Edimbourg (comte) dont elle aurait des quintuplés. Elle raconte qu'il a été tué par des gangsters qui l'ont dévalisé.

Son père, Damart de Versailles, est noble et puissant.

Les hallucinations auditives se manifestent à travers un talky-walky qu'elle porte sur elle. L'automatisme mental est fait d'actes forcés (on la suit à la Poste, on l'oblige à faire des chèques d'un montant supérieur à ses désirs, et on encaisse l'argent devant elle).

Enfin le syndrome de persécution se traduit par l'assurance que sa fille aînée a voulu faire signer un papier, pour la déposséder de l'héritage paternel, qu'elle vit richement, entretenue par l'Ambassade.

A tenté un procès contre ses aînés qui voulaient la voler.

Aurait eu 15 enfants, dont deux jumeaux il y a un an.

Le délire de filiation, est à base interprétative, a été effectivement mariée à un Monsieur d'Edimbourg, employé.

Nous lui donnons un traitement à doses progressives jusqu'à 300 gouttes, ce qui amène une légère réduction de la loquacité, le délire est moins envahissant et expansif. Toutefois, elle reste apragmatique et plaintive.

Nous augmentons la dose à 500 mg. La malade devient plus réticente, moins diffluyente, mais le vécu délirant ne change pas. Les hallucinations sont moins évidentes, a abandonné son talky-walky. L'effet de la Propericiazine porte surtout sur une adaptation au pavillon, un meilleur contact avec les autres malades, et une possibilité d'activités de couture.

Germaine, âgée de 45 ans (obs. 30), mariée avec 6 enfants, rapatriée du Maroc il y a 11 ans, dans des conditions matérielles bien plus précaires qu'antérieurement. Deux de ses enfants sont placés par un Juge dans un foyer. Son mari occupe différents emplois dont il est renvoyé sans explications précises.

L'année dernière elle accouche d'un enfant qu'elle élève, gardant le mari à la maison pour qu'il fasse les courses chaque jour pour l'enfant.

Germaine est volubile, de contact facile, ses propos sont cohérents, mais exprimés sur un mode plaintif et geignard, l'abord des thèmes délirants ne se

fait pas d'emblée. A la suite de la naissance de son dernier enfant, a été mal soignée à la maternité, accuse le médecin-accoucheur et la sage-femme de lui avoir arraché ses organes sexuels avec les forceps. L'utérus, les ovaires, la vessie et un morceau d'intestin. Son mari a d'ailleurs fait un procès à ceux-ci.

A ce moment, elle nous apprend que l'Assistante Sociale qui s'occupe de l'enfant a fait interner simultanément le mari et la femme, celui-ci paranoïaque sensitif, a été induit semble-t-il par le délire de la femme, n'a plus travaillé et s'est contenté d'écrire des lettres de récriminations à divers organismes toute la journée.

Il semble que nous ayons à faire à un couple de paranoïaques sensitifs car ils ne sont ni quérulents, ni agressifs, ni sûrs d'eux.

Avec 300 mg. de Neuleptil, notre patiente se sent mieux, plus détendue, elle accepte un travail à l'ergothérapie et se lie avec d'autres malades. Il faut attendre toutefois deux mois sans modification des doses pour obtenir une critique partielle mais suffisante toutefois pour la sortie. Elle modifie ses conceptions en croyant qu'elle a eu simplement des déchirures dues aux forceps.

Doit reprendre son enfant auquel elle est très attachée et retourner chez elle avec une de ses filles aînées.

Madame Louise, 42 ans (obs. 34), déjà internée en Février 1966 pour une bouffée délirante, revient dans le service à la suite d'une altercation avec les médecins de l'Hôpital où est soignée sa mère qui est moribonde d'un cancer du pancréas. Louise, au pied de son lit, s'agite et déclare qu'elle doit "lui révéler la vérité avant sa mort, elle connaît le responsable", toutes ces révélations étant faites dans un climat d'agitation tel qu'il amène l'internement

On retrouve les mêmes thèmes de jalousie, d'emprisonnement par le mari. Elle a présenté des conduites pathologiques à type de colère, d'agressivité vis-à-vis de son époux, compris comme un persécuteur électif, l'exposition du délire est cohérente, mais sans systématisation.

La présentation est la même, réticente, méfiante, sthénique, subexcitée, rigide, avec recours fréquent aux autorités.

D'emblée, étant donné son agressivité et sa sthénie on lui fait une ampoule d'Halopéridol par voie veineuse auquel on adjoint 200 gouttes de Neuleptil.

En deux semaines environ, après avoir observé la modification de la non-coopération, de l'hostilité même vis-à-vis du milieu soignant, on est étonné de voir la transformation progressive de la personnalité, la critique des idées de jalousie n'est jamais observée (mais les écarts de conduite du mari étaient réels). En fait on obtient la sédation de l'essentiel de la symptomatologie en ne laissant persister qu'une personnalité de structure paranoïaque.

Madame D , âgée de 62 ans (obs. 32) est hospitalisée à la suite de différents conflits avec les pensionnaires, le personnel soignant d'un sanatorium.

Extrêmement agressive et peu coopérante, elle refuse d'emblée de répondre à nos questions, opposant une attitude digne et outragée, menaçant d'en référer à son avocat et de porter plainte pour internement arbitraire.

Nous apprenons alors qu'elle a engagé plusieurs procès extrêmement longs et compliqués pour récupérer l'héritage de sa grand'mère maternelle, décédée depuis 15 ans.

Elle reste méfiante et dubitative pour nous révéler la réalité des événements passés ayant motivé son internement. Met en doute nos capacités à la soigner puisqu'elle n'est pas malade.

Après bien des tergiversations, nous obtenons qu'elle prenne du Neuleptil à doses croissantes jusqu'à 300 mg.

Après quelques jours de traitement, son comportement change totalement, elle devient extrêmement courtoise et polie, cherchant à plaire, flatteuse, ayant vite compris que de son attitude dépendrait sa sortie.

A notre étonnement, elle accepte une activité dans le pavillon, fréquente assiduellement l'ergothérapie et devient calme et affable.

La quérulence a disparu, elle ne revendique plus rien, et semble parfaitement s'adapter à la vie hospitalière. Lors des entretiens expose de manière calme et sensée le déroulement des événements, plaisante même et se fait compréhensive. La sortie est envisagée après deux mois de traitement.

BOUFFEES DELIRANTES CHEZ LES ALCOOLIKES

Nous n'avons que deux cas qui ont été un échec complet du traitement. Dans un cas la possibilité d'une évolution d'un Korkakoff explique le peu d'action d'un neuroleptique dans des troubles mentaux ressortant d'une lésion organique.

Dans l'autre cas le Neuleptil n'a rien changé, si ce n'est une atténuation discrète des revendications et des manifestations de mauvaise humeur au sein de l'équipe.

°

°

°

Germaine âgée de 44 ans (obs. 35), est hospitalisée pour un épisode onirique chez une éthylique. Comportement exhibitionniste dans la rue ayant entraîné l'internement.

Présentation inhibée et triste. Apparition d'idées délirantes assez frustes à thème de déchéance, de persécution, d'emprisonnement. Variations de la thymie avec périodes d'expansivité et de dépression. Persistance de désorientation et de fausses reconnaissances.

Possibilité d'évolution vers un Korsakoff.

Nous lui donnons 300 gouttes de NEULEPTIL, qui font apparaître une somnolence, puis une désorientation avec gâtisme obligeant à interrompre le traitement. Germaine a récupéré en une semaine l'état antérieur.

Gisèle, 47 ans (obs. 36), éthylique chronique avec troubles caracté-
riels, se montre agressive, revendicante, toujours insatisfaite. Quelques idées délirantes de persécution mal systématisées.

Finalement 300 gouttes de NEULEPTIL amènent un vague changement dans la relation avec le personnel, mais le délire persiste sans changement au bout de quatre semaines. Sort du service sans amélioration clinique.

DEMENCE SENILE

L'une de nos patientes, Marie, âgée de 82 ans, se montrait opposante, boudeuse, avec des périodes de refus de soins et de nourriture, turbulente la nuit.

30 gouttes de Neuleptil ont modifié le tableau clinique. Elle est devenue confuse, désorientée et somnolente avec gâtisme.

Dès l'arrêt du traitement, la somnolence ayant disparu, a retrouvé ses facultés habituelles.

L'autre patiente, âgée de 69 ans, était un peu désorientée avec des troubles mnésiques, importants, malgré une façade relativement bien conservée. Elle manifestait des phases de méfiance, d'hostilité avec bouderie, agressivité verbale.

Nous lui avons donné 200 mg. de Neuleptil qui a été bien supporté, toutefois la somnolence apparue au bout d'une semaine n'a pas amélioré le contact et la récupération mnésique, la désorientation a été plus sensible.

Nous avons interrompu le traitement qui s'avérait inadapté.

MANIE - MELANCOLIE

Notre étude a porté sur 1 cas de Manie, où le traitement a associé Neuleptil et Largactil, qui se sont montrés efficaces avec disparition de l'agitation psycho-motrice. Le rétablissement d'une humeur normale, et la disparition de la fuite des idées semblent bien résulter de l'action du Neuleptil, sans que nous puissions tirer des conclusions à partir d'un cas isolé.

°
° °

Nous n'avons observé que 2 cas de Mélancolie.

Pour l'un l'échec a été complet, (obs. 39). Pour l'autre, le Neuleptil associé à un anti-dépresseur a eu un effet anxiolytique suffisant pour transformer le vécu de cette malade, toutefois son emploi a dû être poursuivi longtemps pour obtenir les mêmes effets qu'avec un anxiolytique majeur (Nozinan) administré lors d'une autre hospitalisation.

Suzanne, âgée de 35 ans, (obs. N° 40), revient dans le service avec le certificat suivant : Maniaco-dépressive en phase maniaque. Extrême agitation, tentatives de fugue, bris de glaces, fuite des idées, jeux de mots, logorrhée.

En trois jours, avec un traitement de 150 mg. de NEULEPTIL plus 100 mg. de LARGACTIL, le comportement se normalise. L'agitation a disparu. Le flux de la pensée n'a plus ce déroulement accéléré. L'exaltation de l'humeur est moins évidente. Mais l'insomnie persiste.

On augmente le traitement jusqu'à la dose de 500 mg. L'amélioration se produit progressivement, avec parfois réapparition d'une humeur optimiste avec quelques jeux de mots, puis la malade retombe dans une espèce d'indifférence.

Yolande, âgée de 66 ans (obs. n° 41), est rehospitalisée pour un accès dépressif chez une maniaco-dépressive. Il s'agissait d'une mélancolie délirante avec thèmes hypocondriaques (son coeur ne fonctionnait plus, ses intestins étaient bouchés, son haleine empestée). A reçu du Neuleptil, 150 mg. et de l'Anafranil (4 comprimés).

Il semblerait que le Neuleptil ait agi sur la composante anxieuse, mais après une durée de 2 mois, où nous avons pu observer une reprise des intérêts, avec disparition de l'inhibition, effacement des thèmes mélancoliques. La thy-mie est encore dépressive, mais ne désire plus mourir, demande un médicament qui la guérisse, a accepté une occupation dans le service, va en permission.

La sortie pourra être envisagée.

(Obs. 39). Cette malade âgée de 47 ans revient à l'hôpital pour la troisième fois pour un accès mélancolique avec idées délirantes monotones, pauvres, exprimées de manière dubitative. Inhibition psycho-motrice, incurie, apathisme, vagues thèmes de persécution.

Isolée sur le plan social, a conscience du passage de ce sentiment d'isolement au sentiment de persécution. Elle éprouve un malaise diffus, une sensation d'impuissance, d'incapacité, à ceci s'ajoute un pessimisme important.

Le NEULEPTIL à la dose de 300 mg. n'apporte aucun changement de l'humeur dépressive, sauf, peut-être, un discret effet anxiolytique.

DEBILITE ET TROUBLES DU CARACTERE

Résultats d'ensemble

	+	++	+++
6 cas de débiles profonds	2	4	
1 cas Sourde Muet		1	
3 cas débile caractérielle légère	1		2
1 cas démence infantile	1		
1 cas (Prurit - Troubles (caract. dans l'état (démentiel	1		
TOTAL = 12 cas	5	5	2

Sur 6 débiles profondes - 4 d'entre elles sont considérées comme améliorées, deux autres particulièrement agitées et agressives n'ont guère modifié leur comportement, bien que pour l'une d'entre elles nous ayons utilisé 800 mg. de Neuleptil.

Parmi les débiles légères

L'une Algérienne, après un changement radical de comportement a pu sortir.

L'autre, comitiale, avec intrications de crises hystériques et épileptiques, s'est modifiée, et est retournée dans sa famille.

La troisième, dont la comitialité était une séquelle de méningite, n'a guère été améliorée, ce que signale la plupart des auteurs lorsque l'étiologie des troubles caractériels est organique.

Chez notre malade tourmentée par un prurit, nous avons été étonné de la discrétion des effets, alors qu'un article de BOLGERT et PIRET sur le traitement des prurits à composante agressive, mettait en valeur de bons résultats.

- oOo -

Obs. N° 43 - 45 - 46 - 48 - 52

Il s'agit d'arriérations mentales profondes, avec turbulence, instabilité, colères, impulsivité, auto-agressivité.

- 4 ont été sensiblement améliorées.

- 1 cas où le processus organique sous-jacent était prépondérant. (Née au cinquième mois de la grossesse, aveugle et comitiale). Développement psychomoteur d'un enfant de 6 mois. La modification du comportement a été discrète.

- 1 cas - débile profonde où nous avons dû donner 800 mg. de Neuleptil pour un résultat minime.

Observation N° 51

Démence infantile - Troubles importants du comportement moteur. Mouvement de balancement - mutisme - maniérisme. Conduites auto-agressives - brusques accès de pleurs et de rires immotivés.

Avec 120 mg. le contact est devenu meilleur. Elle répond souvent par "et toi" tic qu'on peut considérer comme étant de nature identificatoire. S'intéresse davantage aux choses qui l'entourent. Nous pouvons obtenir d'elle, sans trop d'instabilité des manipulations de pâte à modeler.

Observation N° 50

Daoula âgée de 27 ans, algérienne, débile et hystérique, perturbe le pavillon par agitation, ses cris, ses déambulations, son exhibitionnisme, ne pouvant s'exprimer dans notre langue.

Un traitement fait de 260 mg. de Neuleptil, auquel on ajoute 2 ampoules injectables de Largactil en cas d'agitation marquée, amène un calme progressif en une semaine, avec normalisation du comportement, attitude effacée, simple et gentille, permettant la sortie.

Observation N° 47

Episode d'agitation chez une sourde-muette qui communique toutefois par l'écriture et avec un talent gestuel étonnant.

L'agitation, la turbulence semblent en rapport avec un abandon massif de la famille qui ne la prend plus en permission.

Retour au calme et à l'état antérieur.

Observation N° 51

Malaise sur la voie publique chez une jeune femme de 20 ans, hystérique et comitiale sur fond de débilité légère.

Au début de l'hospitalisation, se rendait désagréable à l'entourage, manifestait une agressivité verbale avec revendications incessantes, mécontentement, bouderie, cherchait à créer des conflits parmi ses compagnes.

Avec 250 mg. de Neuleptil, notre patiente s'est transformée, somnolente au début, elle a supporté cet inconvénient sans récriminer après que nous lui ayons permis un alitement de quelques heures.

Son attitude s'est modifiée, elle est redevenue affable et gentille avec sensation de bien-être, de détente qui a permis la sortie sous traitement d'entretien de 120 mg. de Neuleptil.

°
° °

Observation N° 42

Etat démentiel intriqué de confusion mentale chez une femme de 69 ans avec désorientation dans le temps et l'espace. Déficit mnésique respectant certains détails de sa vie professionnelle. Séquelles d'hémiplégie alterne.

Début des troubles après alcoolisation d'un ganglion de gasser entraînant des lésions de grattage de l'aile du nez qui l'ont érodé sur une grande surface, laissant une plaie perpétuellement saignante, une malade barbouillée de sang.

Comportement très perturbé, agressive avec ses compagnes, visqueuse et geignarde avec le personnel avec répétitions stéréotypées du même mot "Madame, Madame".

L'emploi du Neuleptil paraissait indiqué pour cette malade à qui nous avons donné 350 mg.

L'amélioration n'était guère sensible, progressivement nous avons atteint 700 mg.

Les seuls incidents ont comporté une discrète chute de tension, une somnolence diurne accompagnée d'insomnie avec agitation et déambulations nocturnes.

Il semble que le changement apporté n'ait consisté qu'en une amélioration du contact. La conversation a été plus sensée, les propos plus cohérents, et par intermittence la malade a pris conscience de son comportement et a exprimé douloureusement son vécu.

L'aspect repoussant de la patiente, entraînant un rejet de la part de ses compagnes, avec agressivité en miroir déterminant une activité de grattage plus importante, des chutes volontaires sur les femmes âgées, manifestement dans le but d'attirer l'attention.

De nombreux essais ertothérapiques se sont soldés par des échecs en raison du barbouillage sanguinolent qui maculait les ouvrages qu'on lui donnait et du rejet de l'équipe lassée par les tentatives infructueuses d'insertion.

DEPRESSIONS NEVROTIQUES

Nous ne pouvons guère tirer de conclusions intéressantes de quatre cas. Toutefois il est remarquable de noter que le Neuleptil s'est comporté comme un tranquillisant. L'effet sédatif de la Phénothiazine a abrazé les symptômes aigus sans modifier évidemment la structure sous-jacente. On note un discret effet euphorisant pendant son administration, lorsque les quinze premiers jours des phénomènes latéraux sont passés, ce qu'on retrouve dans d'autres observations où il n'a pas été associé de thymo-analeptiques.

Dans toute expérimentation, où il est particulièrement difficile de faire la part de l'effet pharmacologique propre au médicament, et de l'effet psychothérapique, il semble que le Neuleptil a permis une relation psychothérapique plus rapide en ayant été investi comme un bon médicament malgré quelques effets neurologiques discrets.

Observation N° 54

Episodes dépressifs ayant débuté en période climatérique il y a 10 ans. Tentative d'autolyse par du Librium alors qu'elle était venue chez ses enfants à Noël, les troubles ont commencé quelques jours après son arrivée.

Elle est devenue apragmatique, avec perte des intérêts, lassitude, sentiment d'anéantissement. On remarque un début de détérioration avec troubles de la mémoire.

Nous lui donnons 300 gouttes de Neuleptil, associé à un thymo-analeptique et à du Sureptil.

Des phénomènes secondaires, à type d'akinésie, d'hypertonie, de somnolence avec détérioration plus marquée, nous amènent à arrêter le traitement sans avoir obtenu de modifications trois semaines après.

Observation N° 55

Etat dépressif chez une célibataire de 35 ans, isolée sur le plan familial et social. Sentiment d'ennui, de lassitude, de désintérêt ayant entraîné une tentative de suicide par le gaz, après le départ à la campagne de sa seule amie d'enfance.

Antécédent il y a deux ans d'une bouffée délirante vite résolutive à la suite d'une rupture sentimentale, avec vagues idées délirantes de persécution chez une paranoïaque sensitive.

Le traitement comprend 300 gouttes de Neuleptil et des thymo-analeptiques dont l'effet se fait lentement sentir au bout d'un mois. D'abord réticente aux relations avec l'entourage, elle reste la plupart du temps isolée dans sa chambre, feuilletant des revues, échangeant quelques rares propos avec le personnel. Puis peu à peu elle s'habitue à manger au réfectoire, et envisage enfin de s'intégrer à l'ergothérapie. Se sent moins asthénique, moins inhibée envers autrui, sans toutefois que l'on observe une inversion de l'humeur, qui reste terne et morne, on parviendra à lui faire reprendre son travail, sans qu'elle ait retrouvé élan vital et goût de vivre.

Observation N° 56

Monique R. 29 ans, tentative de suicide réactionnelle à une rupture sentimentale chez une personnalité fragile. Immaturité affective.

Veuve avec cinq enfants dont quatre sont placés à l'Assistance Publique, elle travaille comme serveuse de restaurant où elle rencontre un serveur allemand qui lui propose de l'épouser. Aux vacances il retourne dans son pays. Il l'invite à le rejoindre. Monique quitte chambre et emploi, et part en Allemagne. A son arrivée, son ami, conseillé par sa famille qui s'effraie de la charge que représente cinq enfants, le pousse à la rupture.

Elle revient en France et tente de se suicider par des barbituriques.

Lors de l'entretien, elle est en pleurs, ne voyant pas d'issue à sa situation. Elle reste dans sa chambre, rumine son échec, refuse tout contact, se

complaisant dans une attitude de victime. On apprend alors qu'elle a déjà fait quatre tentatives de suicide, la première à quinze ans. Incapable d'assumer ses responsabilités de mère, l'affectivité et la culpabilité sont minimales.

Avec 300 gouttes de Neuleptil associé à un thymo-analeptique (Surmontil) la somnolence lui permet de dédramatiser la situation, et en quinze jours, elle récupère une sthénie normale, fait des projets et envisage l'avenir avec réalité. Décide de partir chez une soeur à Nice, où elle reprendra un emploi de serveuse, laissera son dernier enfant en nourrice puis le placera avec les autres à la Préfecture.

Elle sort avec une dose d'entretien de 50 mg. par jour.

Observation N° 57 - 23 ans

Différentes hospitalisations pour syndrome dépressif. Hospitalisée pour tentative de suicide par Barbituriques. Il s'agit d'un état névrotique sévère de type hystéro-phobique.

Anxiété vive, excellent contact, grosse demande affective. Intégration rapide au service où elle se rend utile.

Elle prend 300 gouttes de Neuleptil qu'elle ressent comme un bon médicament malgré une somnolence pendant une semaine, une akinésie avec hypertonie secondaire, des troubles oculaires et des malaises hypertensifs.

Quinze jours plus tard, nous diminuons la dose à 120 mg., ralentissement psycho-moteur et les troubles oculaires disparaissent. L'artane a fait céder les troubles du tonus.

Sort du service et reprend son travail de nurse.

Observation N° 58

Etat d'excitation psycho-motrice chez une Algérienne avec logorrhée, diffluence, importante surcharge hystérique, manifestations caractérielles avec un surajout culturel évident.

Nous devons arrêter la cure à la dose de 200 gouttes, la malade se plaignant vivement de vertiges et de somnolence et refusant systématiquement la poursuite du traitement.

CONCLUSION

Notre travail a porté sur l'observation de 58 femmes de 20 à 82 ans par la PROPERICIAZINE à des doses variant de 150 à 500 mg.

I - La tolérance a été excellente, l'augmentation des doses n'ayant pas entraîné une majoration des phénomènes secondaires, somnolence et phénomènes neuro-végétatifs, qui sont essentiellement ceux des neuroleptiques sédatifs. La rareté et la bénignité des quelques accidents secondaires neurologiques de type akinétique, hypertonique, et excito-moteur explique les difficultés qu'il y a à le situer dans la classification des neuroleptiques. Il semblerait se situer à mi-chemin entre les neuroleptiques à effet sédatif et les incisifs.

Toutefois, la surveillance de la cure à ces doses ne peut se faire qu'en milieu hospitalier au début du traitement afin de corriger les effets latéraux gênants.

2 - Les indications qui se dégagent de notre expérimentation, portant sur une période de 2 à 6 mois, ne sont pas celles d'un neuroleptique de type Chlorpromazine ou ses dérivés immédiats. L'action du médicament, notamment chez les schizophrènes et les délires chroniques, ne se limite pas à un effet sédatif ni à un effet symptomatique sur les manifestations délirantes. On observe en effet chez nos malades un type de remaniement plus profond portant au premier chef sur les troubles relationnels, évidents dans les schizophrénies athymoriques.

Il apparaît que les symptômes négatifs de type inhibition, apragmatisme, repli sur soi, sont favorablement influencés. Cette phénothiazine a un effet manifeste sur l'autisme, elle est désinhibitrice, permet la reprise de contact avec le réel, réduit la dissociation.

3 - Dans les délires chroniques, les résultats sont meilleurs dans les psychoses hallucinatoires que dans les psychoses interprétatives. L'action du médicament amène une indifférence, une mise de côté des manifestations délirantes qui dans un second temps seront critiquées.

4 - Dans les syndromes dépressifs névrotiques, elle s'est révélée efficace à la dose de 150 à 200 mg. ; elle améliore les réactions d'opposition et une légère action euphorisante sur l'humeur.

5 - La méthode employée consiste chez les psychotiques à employer des doses de l'ordre de 300 mg. par jour, se réservant la possibilité en cas d'inefficacité du traitement, d'atteindre des doses de 500 mg.

Dans les états névrotiques une posologie à 200 mg. s'est avérée suffisante, la somnolence et les effets secondaires étant toutefois moins bien supportés.

6 - La PROPERICIAZINE à fortes doses élargit ainsi son domaine d'application et semble particulièrement convenir aux schizophrénies simples où dominent les symptômes négatifs et aux psychoses passionnelles où elle réduit quérulence, agressivité et revendication, permettant une insertion sociale de meilleure qualité.

On peut la considérer comme un neuroleptique majeur, aux qualités particulières, elle reste et demeure le médicament "de la relation".

°

° °

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur PICHOT

Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Actualités de Thérapeutique Psychiatrique - MASSON 1963
- 2 - ADLER F. & R. MULLOR
"Essais cliniques du Neuleptil dans les troubles du caractère."
(Méd. & Hygiène (1965), 688, p. 514-15)
- 3 - BERTHIER Ch., P. LAMBERT., P. BROUSSOLLE & Coll.
"Etude clinique d'un nouveau neuroleptique : le 8.909 RP."
(C.R. du Cong. de Psychiat. & de Neurol., Nancy 9-14 sept. (1963)
p. 436-42).
- 4 - BLONDEL M.F., ANNE & GODEFROY
"L'association Propériciazine - chlorpromazine"
(C.R. Congr. Psych. Neurol. Lang. Franc., LXVe Session, Dijon,
4-9 juil. 1967, p. 722-30).
- 5 - BOBON J., J.M. GERNAY., J. COLLARD & Coll.
"Mauvais caractère et Neuleptil. A propos d'une expérience clinique
belge-luxembourgeoise."
(Acta Neurol. Psych. Belg. 1968, 68, p. 154-62).
- 6 - BOLGERT M. & J.M. PIRET
"Intérêt du Neuleptil dans le traitement des prurits à composante
agressive".
(C.R. Congr. Psych. Neurol. Lang. Franc., LXVe Session, Dijon,
4-9 juil. 1967, p. 594-97).
- 7 - CHANOIT, DESHAIES, MIGNOT & Coll.
"Etude thérapeutique d'un nouveau neuroleptique la Propériciazine."
(Presse Méd. 1963, 71, 7, p. 339-40).
- 8 - CHANOIT P., G. DESHAIES., H. MIGNOT & Coll.
"Une indication particulière du 8.909 RP dans les troubles de
caractère."
(C.R. Cong. Psych. & Neurol. Anvers 1962, p. 430-32).

9 - DELAY J., DENIKER P.

Méthode chimiothérapique en psychiatrie - 1961
Masson et Cie.

10 - DELAY J., DENIKER P., ROBERT R. et Coll.

Syndromes neurologiques expérimentaux et Thérapeutique psychiatrique.
La Presse Médicale (67ème année - N°4 24 Janv. 1959 pp 123 126
et N°6, 31 Janvier 1959, pp. 201-203).

11- DUCHE D.J. et BOURCIER G.

Contribution à l'étude de l'action de la propériciazine sur les
troubles du caractère et du comportement observés chez l'enfant et
chez l'adolescent.

Rev. de Neuropsych. Infant., 17, n° 3, 1969, pp. 165-171.

12 - ERNST J., Ph. CHOTEAU., J. COUSIN & Coll.

Intérêt du Neuleptil (8.909 R.P.) en psychiatrie infantile.

Communication présentée au 62ème Cong. de Psych. & Neurol. de langue
Fse - Marseille 7-12 sept. (1964),

13 - GAYRAL L., G. ROUX., J. TURNIN & Coll.

Note sur l'emploi du Propériciazine (8.909 RP.) (Neuleptil) pour le
traitement des troubles du caractère chez les enfants et les
adolescents.

C.R. du Cong. de Psychiat. & de Neurol., Nancy 9-14 sept. (1963),
p. 471-76

14 - GIRARD J. & B. POIRIER

Problèmes posés chez le sourd pour l'instabilité affective, les trou-
bles du caractère et du comportement : possibilités thérapeutiques.
Clermont Méd. (1964), p. 117-22.

15 - GERARDIN J.R., R. POIRE & J. MARIOT

Incidence de l'imprégnation prolongée par Propériciazine seule
(8.909 RP.) sur l'activité électro-encéphalographique recueillie à
l'état vigil et sur l'électrocardiogramme.

C.R. du Cong. de Psychiat. & de Neurol., Nancy 9-14 sept. (1963),
p. 493-513.

16 - GRANT B., C.M. TONKS

The relative value of Pericyazine and Chlorpromazine in disturbed
chronic schizophrenic.

Proc. Leeds Symp. Behav. Disorders (1965), p. 114-20.

17 - HAASE H.J., CH. DEINZER & E. RHINOW

Etude clinique d'un neuroleptique, la propériciazine, compte-tenu
du seuil neuroleptique.

Die Med: Welt (1968), 27, p. 1580-84.

- 18 - ISRAEL L., R. WARTEL., Fr. CROUFER & Coll.
Utilisation du 8.909 R.P. (Neuleptil) chez des malades caractérielles hospitalisées.
Ann. Med. Psychol. (1965), 1, 4, p. 648.
- 19 - LAMBERT P.A.
Les troubles du caractère - Leur délimitation clinique et leur traitement.
Concours Méd. (1966), 9, p.1397-404.
- 20 - LAMBERT P.A. & H. RIVES
La Propériciazine et sa tolérance biologique.
(Thérapie 1965, 20, p. 1227-31.
- 21 - LAMBERT P.A.
La Relation Médecin Malade au cours des Chimiothérapies Psychiatriques.
Masson et Cie.
- 22 - LANFRANCHI R.
Modifications du devenir des névroses obsessionnelles par la propériciazine (Neuleptil).
C.R. Congrès de Psych. et de Neurol. de Lang. Franc., LXVI^e session, Clermont-Ferrand, 16-21 septembre 1968, pp. 637-639.
- 23 - LETAILLEUR., Mme COLAS., GELLMAN & CREMER
Expérimentation de la Propériciazine en psychiatrie.
Communication présentée au 62^{ème} Cong. de Psych. & Neurol. de Langue Fse - Marseille 7-12 sept. (1964),
- 24 - MEDEVIELLE A.M., C.H. POIREL & P. HILLARET
La Propériciazine injectable neuroleptique d'urgence dans les comportements d'agitation (A propos de quelques notes d'observations cliniques).
Communication présentée au 62^{ème} Cong. de Psych. & Neurol. de langue Fse - Marseille 7-12 sept. (1964), p. 803-10.
- 25 - Etude des indications du Neuleptil en psychiatrie de l'enfant
C.R. Congrès de Psych. et de Neurol. de Lang. Franc., LXVI^e session, Clermont-Ferrand, 16-21 Septembre 1968, pp. 640-645.
- 26 - OSTAPTZEFF G. & Coll.
Troubles du comportement et du caractère chez les schizophrènes.
Leur traitement par l'association de chlorpromazine et de propériciazine.
C.R. Congr. Psych. & Neurol. Lang. Franc. (1966), Grenoble. LXIV^e session. p. 1158-64.

27 - OULES J. & S. CAZABON

Une chimiothérapie des conduites hystériques.

C.R. Cong. de Psychiatrie & Neurol. de Lgue Fse, LXIII^e Session, Lausanne, 13-18-9-1965, p. 448-89.

28 - OULES J.

Action du 8.909 RP (Propériciazine sur les troubles caractériels des épileptiques.

C.R. du Cong. de Psychiat. & de Neurol., Nancy 9-14 sept. (1963), p. 462-70.

29 - PETIT P. & J. ROURE

Le Neuleptil en psychiatrie.

Vie Médicale (1965), avril, p. 709-16.

30 - PLAVEC J.

Bilan clinique de l'utilisation du Neuleptil dans les psychoses du vieillard.

Der Prakt. Arzt. (1967), 21, p.1002-7.

31 - POMME B., R. PLANCHE., J. GIRARD & Coll.

Aspect de la sénescence pathologique et traitement par un nouveau neuroleptique : le 8.909 R.P.

Clermont Méd. (1964), p. 113-15.

32 - POMME B., PLANCHE, J. GIRARD & Coll.

Traitement des troubles du caractère et du comportement, en particulier chez les vieillards, par un nouveau neuroleptique : le 8.909 R.P.

C.R. du 61^{ème} Cong. de Psych. & de Neurol. de langue Fse, Nancy (1963) p. 514-18.

33 - PELICIER Y.

Action névroréductrice de la propériciazine.

C.R. Congrès de Psych. et de Neurol. de Lang. Franc. LXVI^e session, Clermont-Ferrand, 16-21 Septembre 1968, pp. 484-488.

34 - POROT M. & J. GIRARD

Les troubles du caractère et du comportement dans l'épilepsie.

Aspects clinique et thérapeutique.

Rev. Inform. Corps Méd. (1966), 5, p. 310-13.

35 - Psychopharmacologie, supplément de l'Encéphale, mai-juin 1969 :

II^{èmes} Journées d'Information Psychiatrique de Marseille, Mars 1968, Table ronde sur la Propériciazine et ses indications.

36 - RICHARD J., A. MARIN & M. DIEBOLD

L'utilisation thérapeutique du Neuleptil chez les débilés profonds en I.M.P.

C.R. Congr. Psych. Neurol. Lang. Franc., LXV^e Session, Dijon, 4-9 juil. 1967, p. 671-75.

37 - ROPERT R.

La pratique de la cure neuroleptique par la Chlorpromazine en
Psychiatrie - Thèse Paris 1956.

38 - ROPERT, LEVY, BOUYSSOU et WEIL (Epinay-/Orge)

Indications des hautes doses de propériciazine dans les psychoses.

39 - SCHMIDT P. & G. DAUDET

L'association du Neuleptil et du Largactil dans les troubles du
caractère et du comportement chez les enfants déficients mentaux.
C.R. Congr. Psych. Neurol. Lang. Franc., LXVe Session, Dijon,
4-9 juil. 1967, p. 657-70.

40 - VALLET M.W., LEVIET & Th. NUYTS

Essais cliniques d'un nouveau neuroleptique : le 8.909 R.P.
C.R. du 61ème Cong. de Psych. & de Neurol. de langue Fse Nancy
(1963), p. 519-26.

41 - VILLA J.L. & A. NOURI

Traitement des troubles du caractère et du comportement chez les
vieillards par un dérivé de la phénothiazine (Neuleptil).
Cong. de Psych. & Neurol. Lgue Franc., LXIIIe session, Lausanne
13-18 septembre 1965, p. 706-9.

42 - VOLMAT R. & P.J. NICOLAS-CHARLES

Trois années d'expérience de la Propériciazine sur les troubles du
caractère et du comportement (de l'expérimentation scientifique à la
prescription courante).
J. Méd. Besançon (1965), 3, p. 217-23.

43 - VOLMAT R., J.L. BEAUDOUIN., J. COLLIN & Coll.

Action du 8.909 RP (Propériciazine) sur les troubles du caractère.
C.R. du Cong. de Psychiat. & de Neurol., Nancy 9-14 sept. (1963),
p. 477-87.

